

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w GOŁDAPI**

**W N I O S E K
o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy**

Wnioskodawca

Nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej

.....

Siedziba – dokładny adres

.....

Nr telefonu,

.....

Adres e-mail:

.....

Osoba upoważniona do kontaktu

.....

Wnioskowana kwota refundacji netto
(dla Wnioskodawcy będącego podatnikiem podatku VAT)

Wnioskowana kwota refundacji brutto
(dla Wnioskodawcy nie będącego podatnikiem podatku VAT)

Liczba wnioskowanych stanowisk pracy

.....

Uwaga

W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie i dołożenie starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na postawione zagadnienia. Od tego zależy jego ocena. Wniosek należy wypełnić czytelnie. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji ze środków Funduszu Pracy. Od negatywnego załatwienia wniosku odwołanie nie przysługuje.

Wniosek w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy może złożyć podmiot, który w okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszył wymiaru i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy**, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – **uzupełnił wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia** (art. 155 ust.1 pkt 3 Ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia).

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Wnioskodawca jest*:

- przedsiębiorcą
- niepubliczną szkołą (prowadzenie działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe)
- niepublicznym przedszkolem lub inną niepubliczną formą wychowania przedszkolnego (prowadzenie działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe)
- producentem rolnym (w rozumieniu art. 154 ust. 1 pkt. 3 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia)
- podmiotem prowadzącym żłobek lub klub dziecięcy tworzony i prowadzony przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o którym mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, tworzącym stanowisko pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć
- przedsiębiorcą lub przedsiębiorstwem społecznym świadczącym usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych - prowadzącym działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych (w tym mobilnych) dla dzieci niepełnosprawnych – pod warunkiem, że refundowane stanowisko pracy jest związane bezpośrednio z tymi usługami.

1. Pełna nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej

.....
Adres wnioskodawcy

Adres miejsca wykonywania działalności

2. W przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą i producenta rolnego dodatkowo:

Numer PESEL: w przypadku jego braku:

* Właściwe zaznaczyć

- Seria i nr dowodu osobistego
3. Adres do doręczeń:
4. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres siedziby):

 Adres doręczeń elektronicznych:
5. Dane osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy
 (imię /imiona/ i nazwisko oraz zajmowane stanowisko, nr PESEL w przypadku jego braku seria i nr dowodu osobistego, adres do doręczeń):
- a)
- b)
6. W przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą fizyczną lub producentem rolnym:
 Pozostaję w związku małżeńskim* tak nie
 Posiadam rozdzielną majątkową* tak nie

II. DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

1. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej /produkcyjna, usługowa, handlowa/

2. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określonej zgodnie z Polską Klasyfikacją działalności (PKD) związanej z tworzonym stanowiskiem pracy

3. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności (*działalność musi być prowadzona przez okres co najmniej 6 m-cy*)
4. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej /działalność indywidualna, spółka – podać rodzaj/
5. Forma opodatkowania:
 – rodzaj opodatkowania:
- wysokość opodatkowania:%
6. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON), jeżeli został nadany
7. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)
8. Nazwa banku i nr rachunku bankowego
9. Wielkość przedsiębiorcy (*w rozumieniu art. 7 ust.1 pkt 1-3 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców*)

10. Opis prowadzonej działalności:

11. Stan zatrudnienia:

Do stanu zatrudnienia należy wliczyć wszystkich pracowników wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą (wliczamy w to także pracowników młodocianych, pracowników przebywających na urlopie bezpłatnym, wychowawczym, rodzicielskim itp., czy też odbywających służbę wojskową).

W dniu złożenia wniosku	W okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku					
	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok
	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___

W przypadku zmniejszenia przez podmiot liczby pracowników w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, proszę o podanie przyczyn

.....
.....
.....
.....
.....

UWAGA: W przypadku zmniejszenia czasu pracy lub stanu zatrudnienia np. rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron lub wypowiedzenia umowy przez pracodawcę, należy uzupełnić stan zatrudnienia do stanu najwyższego, jaki występował w okresie ostatnich 6 miesięcy.

12. Czy wnioskodawca posiada możliwość odzyskania zwrotu podatku VAT (właściwe zaznaczyć)

tak

nie

III. DANE DOTYCZĄCE REFUNDACJI

1. Kwota wnioskowanej refundacji zł /słownie zł:
...../

nie więcej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na 12 m-cy;
więcej niż 4-krotność, jednak nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na 18 m-cy.

2. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla:

skierowanych bezrobotnych

skierowanych opiekunów osoby niepełnosprawnej.....

skierowanych-dziennych opiekunów.....

3. Adres miejsca wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna/przechowywania wyposażenia zakupionego z wnioskowanych środków
.....
.....

4. Przechowywania wyposażenia zakupionego z wnioskowanych środków (jeżeli dotyczy)
.....
.....

5. Godziny pracy (zmianowość).....

6. Informacja o wymiarze czasu pracy:

- skierowanych bezrobotnych
- skierowanych opiekunów osoby niepełnosprawnej
- skierowanych-dziennych opiekunów

7. Opis planowanego przedsięwzięcia: (tworzonego stanowiska)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Rodzaj pracy oraz opis zadań, jaka/jakie będzie/ą wykonywana/e przez skierowaną osobę /w odniesieniu do poszczególnych stanowisk/

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Wymagane kwalifikacje, umiejętności, doświadczenie zawodowe i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinna posiadać skierowana osoba /w odniesieniu do poszczególnych stanowisk/.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. Przewidywany termin utworzenia stanowisk pracy skierowanej/ym osobie/osobom

.....

11. Deklaruję również zatrudnienie lub powierzenie innej pracy zarobkowej bezrobotnemu przez okres dni (co najmniej 90 dni), bezpośrednio po zakończonym obowiązkowym okresie zatrudnienia 12/18 miesięcy, który zostanie ujęty w zawartej umowie.

12. Proponowana forma zabezpieczenia umowy:

poręczenie, weksel in blanco, weksel z poręczeniem wekslowym (aval), gwarancja bankowa, zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach, blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym albo akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika* (przy wyborze zabezpieczenia w formie weksla in blanco albo aktu

* właściwe zaznaczyć

notarialnego o poddaniu się egzekucji konieczne jest wskazanie dodatkowego zabezpieczenia). Nie dopuszcza się łączenia weksla in blanco z aktem notarialnym.

13. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania

Stanowisko pracy (zgodnie z klasyfikacją zawodów) ¹	Proponowane wynagrodzenie (brutto)	Koszt utworzenia stanowiska pracy			Źródła finansowania		
		netto	vat	brutto	Środki FP (wnioskowana kwota refundacji netto/brutto)*	Środki własne netto/brutto*	Inne netto/brutto*
Ogółem							

14. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowisk(a) pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, wartości niematerialnych lub prawnych w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk(a) pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.

W przypadku gdy podmiotowi przysługuje prawo do obniżenia podatku należy wypełnić kolumnę „Wartość zakupu ze środków FP” - kwotami NETTO, natomiast w przypadku gdy nie przysługuje - kwotami BRUTTO.

* netto w przypadku czynnych podatników podatku VAT, lub brutto w przypadku niezarejestrowanych lub zwolnionych podatników podatku VAT

¹ klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:

<http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

Wyszczególnienie wyposażenia lub doposażenia	Specyfikacja - wymaga się wskazania nazwy, modelu, parametrów technicznych lub jakościowych	Nowy / używany	Uzasadnienie (proszę uzasadnić adekwatność zakupów do tworzonego stanowiska)	Wartość zakupu ze środków FP netto/brutto
Stanowisko:				
Razem stanowisko				

DODATKOWE UWAGI:

Refundacja jest dokonywana po przedłożeniu rozliczenia i udokumentowaniu wydatków poniesionych w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia rozliczenia zakupów oraz po zatrudnieniu na tym stanowisku skierowanego bezrobotnego/opiekuna osoby niepełnosprawnej /dziennego opiekuna i spełnieniu innych warunków określonych w zawartej umowie.

Oświadczenie dotyczące niezmnieszenia wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia składane będzie przez pracodawcę również na dzień podpisania umowy (w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy bądź stanu zatrudnienia z przyczyn leżących po stronie zakładu pracy urząd odstąpi od podpisania umowy natomiast w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy bądź stanu zatrudnienia z innych przyczyn pracodawca zobowiązany jest do uzupełnienia stanu zatrudnienia bądź wymiary czasu pracy)

W trakcie trwania umowy o refundację pracodawca nie może zwolnić pracownika w drodze wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę (następuje wtedy proporcjonalny, w stosunku do okresu zatrudnienia, zwrot refundacji). Urząd na uzupełnienie stanowiska pracy skieruje kolejne osoby w przypadku, gdy:

- stosunek pracy został rozwiązany przez pracownika,
- nastąpiło wypowiedzenie umowy o pracę na podstawie art. 52 lub 53 kodeksu pracy,
- umowa o pracę wygasła.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Uwierzytelnione kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, jakie podmiot otrzymał w ciągu 3 minionych lat, w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa albo oświadczenie o pomocy de minimis (załącznik nr 1), w okresie 3 minionych lat (w przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną – dodatkowo oświadczenia imienne wszystkich wspólników oraz kserokopia umowy spółki cywilnej wraz z aneksami).
2. Informacja o poręczycielach (Załącznik nr 2).
3. Oświadczenie przedsiębiorcy, żłobku lub klubu dziecięcego, lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkoły (Załącznik nr 3a) lub Oświadczenie producenta rolnego (Załącznik nr 3b) lub Oświadczenie żłobka, klubu dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne lub przedsiębiorcy społecznego (Załącznik nr 3c).
4. Oświadczenia pozostałych osób reprezentujących podmiot ubiegający się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy lub osób nim zarządzających wg. wzoru Powiatowego Urzędu Pracy w Gołdapi.
5. Oświadczenie wnioskodawcy o braku wykluczenia z ubiegania się o wsparcie ze środków publicznych.
6. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej dla osób fizycznych i jednostek nieposiadających osobowości prawnej /lub koncesje i pozwolenia/. W przypadku osób prawnych – wyciąg z rejestru handlowego i akt notarialny. W przypadku szkoły niepublicznej/ przedszkola niepublicznego wpis do ewidencji szkół i placówek niepublicznych, żłobek lub klub dziecięcy dołącza wpis do rejestru żłobków i klubów dziecięcych, przedsiębiorstwo społeczne dołącza decyzje przyznającą status przedsiębiorstwa społecznego.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
8. Dokument określający tytuł prawny lokalu, w którym zostanie stworzone stanowisko pracy, wyposażone lub doposażone ze środków Funduszu Pracy (np. akt notarialny, umowa najmu, dzierżawy, zaświadczenie o zmianie sposobu użytkowania lokalu).
9. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie (dotyczy producenta rolnego).

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

Nazwa Wnioskodawcy	
Adres Wnioskodawcy	
NIP Wnioskodawcy	

Ja, niżej podpisany/a, my niżej podpisani oświadczam/y, że: *(właściwe zaznaczyć)*

- na podmiocie nie ciąży obowiązek zwrotu pomocy publicznej, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym),
- w okresie 3 lat nie uzyskałem(am)/nie uzyskaliśmy pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie,
- w okresie 3 lat uzyskałem(am)/uzyskaliśmy:
- pomoc *de minimis* w wysokościeuro,
 - pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości euro,
 - pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokościeuro,

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i czytelny podpis osoby/osób upoważnionej/ych
do reprezentacji Wnioskodawcy

Wszelkie informacje powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej *pomocy de minimis*, *pomocy de minimis w rolnictwie*, *pomocy de minimis w rybołówstwie*, jakie Wnioskodawca otrzymał od podmiotów udzielających mu *pomocy de minimis* w ciągu 3 minionych lat.

INFORMACJA O PORECZYCIELACH (osoba fizyczna)

W przypadku zabezpieczenia w formie poręczenia proszę wypełnić:

- 1) Imię i nazwisko poręczyciela
- Stan cywilny
- Miesięczny dochód brutto (średnia z 3-ch ostatnich miesięcy)
- Źródło dochodu (wybrać właściwe):
- umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony/określony* do dnia.....
 - emerytura przyznana na stałe,
 - renta przyznana do dnia
 - działalność gospodarcza/rolnicza - NIP
- 2) Imię i nazwisko poręczyciela
- Stan cywilny
- Miesięczny dochód brutto (średnia z 3-ch ostatnich miesięcy)
- Źródło dochodu (wybrać właściwe):
- umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony/określony* do dnia.....
 - emerytura przyznana na stałe,
 - renta przyznana do dnia
 - działalność gospodarcza/rolnicza - NIP

INFORMACJA O PORECZYCIELACH (osoba prawna)

- 1) W przypadku zabezpieczenia w formie poręczenia proszę wypełnić:
- Nazwa
- Siedziba:
- NIP
- Imię i nazwisko osoby reprezentującej osobę prawną:
- Dochód roczny za ostatni rok obrotowy
- 2) W przypadku zabezpieczenia w formie poręczenia proszę wypełnić:
- Nazwa
- Siedziba:
- NIP
- Imię i nazwisko osoby reprezentującej osobę prawną:
- Dochód roczny za ostatni rok obrotowy:

UWAGI

Do podpisania umowy **wymaganych jest 2 poręczycieli** do każdego stanowiska pracy. Nie dopuszcza się łączenia dochodów poręczyciela z różnych źródeł.

- 1) **Poręczycielem może być osoba w wieku do 75 roku życia, osiągająca dochody w Polsce (po pomniejszeniu o wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia), w wysokości nie niższej, niż 60% przeciętnego wynagrodzenia** z tytułu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę (zawartej w pełnym wymiarze czasu pracy na okres co najmniej 18/24* miesięcy od dnia zawarcia umowy w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy i nie znajduje się w okresie wypowiedzenia lub z tytułu prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej lub z tytułu emerytury lub renty, przyznanej na okres co najmniej 18/24* miesięcy od dnia zawarcia umowy).
- 2) **Poręczycielem nie może być:**
 - *współmałżonek osoby, która otrzyma refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (z wyjątkiem posiadania rozdzielności majątkowej),*
 - *współmałżonek poręczyciela (z wyjątkiem posiadania rozdzielności majątkowej),*
 - *pracownik podmiotu ubiegającego się o refundację,*
 - *osoba poręczająca w PUP umowy cywilnoprawne (umowa w sprawie przyznania dofinansowania podjęcia działalności gospodarczej, umowa w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanej osoby), które nie wygasły,*
 - *osoba, której aktualne zobowiązania finansowe pomniejszają wynagrodzenie lub dochód poniżej kwoty wskazanej w pkt 1,*
 - *osoba mająca zajęcia egzekucyjne, sądowe lub administracyjne.*
 - *osoba prawna, która jest w stanie likwidacji,*
 - *osoba prawna, która jest w stanie niewypłacalności lub zagrożenia niewypłacalnością w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe,*
 - *osoba prawna, która złożyła wniosek o ogłoszenie upadłości,*
 - *osoba prawna, wobec której zostało otwarte postępowanie restrukturyzacyjne,*
 - *osoba prawna, która jest powiązana z Wnioskodawcą w sposób finansowy lub osobowy.*

W celu ustanowienia zabezpieczenia po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku wymagane będzie przedstawienie:

- *przez poręczyciela zatrudnionego na podstawie umowy o pracę aktualnego (ważnego 30 dni od daty wystawienia) zaświadczenia o wynagrodzeniu, potwierdzającego miesięczną wysokość uzyskiwanych dochodów brutto z okresu ostatnich 3 miesięcy,*
- *przez poręczyciela prowadzącego działalność gospodarczą/rolniczą aktualnych dokumentów potwierdzających uzyskiwane dochody (zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o wysokości uzyskanego dochodu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w roku poprzedzającym złożenie wniosku lub rozliczenie roczne lub inny dokument księgowy potwierdzający dochód),*
- *przez poręczyciela uzyskującego emeryturę lub rentę – aktualnej kopii decyzji o przyznaniu emerytury czy renty,*
- *przez osobę prawną dokumentów pozwalających ocenić sytuację finansową poręczyciela.*

* 18 miesięcy przy ubieganiu się o refundację do 4-krotności przeciętnego wynagrodzenia lub 24 miesiące przy ubieganiu się o refundację do 6-krotności przeciętnego wynagrodzenia.

.....
(pieczęć)

Dotyczy: przedsiębiorcy, żłobku lub klubu dziecięcego, lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkoły*

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych oraz składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, niniejszym oświadczam, że:

- 1) jako wnioskodawca, osoba reprezentująca wnioskodawcę i osoba zarządzająca wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat **byłem/nie byłem*** prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego,
UWAGA! Oświadczenie składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o przyznanie refundacji lub osoby nim zarządzające, które mogą go reprezentować. W przypadku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oświadczenie składają wszystkie osoby, które są wpisane w KRS jako członkowie zarządu oraz prokurenci i pełnomocnicy, jeżeli zostali powołani.
- 2) przez ostatnie 6 miesięcy **wykonywałem / nie wykonywałem*** działalność gospodarczą, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe,
- 3) w okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłem / zmniejszyłem*** wymiaru czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn **uzupełniłem / nie uzupełniłem*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
- 4) **nie zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych
- 5) **nie zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
- 6) **nie zalegam** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- 7) **nie posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- 8) **nie jestem** podmiotem, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikającej z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem;
- 9) **spełniam** wszelkie warunki, określone w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 r. w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej oraz refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, oraz na podstawie przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
- 10) **zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis w dniu zawarcia umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy z PUP otrzymam pomoc de minimis;
- 11) **zapoznałem(am) się** z treścią klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osobowych, dostępną na stronie <https://goldap.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych> i przyjmuję jej treść do wiadomości.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis/y wnioskodawcy lub osób(y) uprawnionych/y do reprezentowania wnioskodawcy)

* niewłaściwe skreślić

.....
(pieczęć)

Dotyczy: producenta rolnego

OŚWIADCZENIE

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych oraz składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, niniejszym oświadczam, że:

- 1) jako wnioskodawca, osoba reprezentująca wnioskodawcę i osoba zarządzająca wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat **byłem/nie byłem*** prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego,
UWAGA! Oświadczenie składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o przyznanie refundacji lub osoby nim zarządzające, które mogą go reprezentować. W przypadku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oświadczenie składają wszystkie osoby, które są wpisane w KRS jako członkowie zarządu oraz prokurenci i pełnomocnicy, jeżeli zostali powołani.
- 2) w okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłem / zmniejszyłem*** wymiaru czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn **uzupełniłem / nie uzupełniłem*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
- 3) **zatrudniałem** w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy;
- 4) **nie zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych
- 5) **nie zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
- 6) **nie zalegam** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- 7) **nie posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- 7) **posiadam** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub **prowadzę** dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
- 8) **nie jestem podmiotem**, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikającej z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem;
- 9) **spełniam** wszelkie warunki, określone w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 r. w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej oraz refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, oraz pomocy de minimis w sektorze rolnym w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9);
- 10) **zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis w dniu zawarcia umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy z PUP otrzymam pomoc de minimis;
- 11) **zapoznałem(am) się** z treścią klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osobowych, dostępną na stronie <https://goldap.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych> i przyjmuję jej treść do wiadomości.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis/y wnioskodawcy lub osób(y)
uprawnionej/ych do reprezentowania wnioskodawcy)

* niewłaściwe skreślić

.....
(pieczęć)

Dotyczy: żłobka, klubu dziecięcego, gdzie tworzone stanowisko związane jest bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi bądź prowadzeniem dla nich zajęć, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne (przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społeczne, gdzie tworzone stanowisko związane jest ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych)

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych oraz składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, niniejszym oświadczam, że:

- 1) jako wnioskodawca, osoba reprezentująca wnioskodawcę i osoba zarządzająca wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat **byłem/nie byłem*** prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego,
UWAGA! Oświadczenie składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o przyznanie refundacji lub osoby nim zarządzające, które mogą go reprezentować. W przypadku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oświadczenie składają wszystkie osoby, które są wpisane w KRS jako członkowie zarządu oraz prokurenci i pełnomocnicy, jeżeli zostali powołani.
- 2) w okresie w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie funkcjonowania przedsiębiorstwa (gdy podmiot wykonuje działalność lub posiada status przedsiębiorstwa społecznego krócej niż 6 miesięcy) **nie zmniejszyłem / zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn **uzupełniłem / nie uzupełniłem*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia,
- 3) **nie zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych lub opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne*;
- 4) **nie zalegam** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- 5) **nie posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- 6) **nie jestem** podmiotem, na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikającej z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem;
- 7) **spełniam** wszelkie warunki, określone w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 r. w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej oraz refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, oraz na podstawie przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
- 8) **zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis w dniu zawarcia umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy z PUP otrzymam pomoc de minimis;
- 9) **zapoznałem(am) się** z treścią klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osobowych, dostępną na stronie <https://goldap.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych> i przyjmuję jej treść do wiadomości.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis/y wnioskodawcy lub osób(y)
uprawnionej/ych do reprezentowania wnioskodawcy)

* niewłaściwe skreślić