



Powiatowy Urząd Pracy
w Golubiu-Dobrzyniu



.....
(miejscowość, data)

.....
/Wnioskodawca/

Powiatowy Urząd Pracy
w Golubiu-Dobrzyniu

W N I O S E K

o dokonanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy
dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych

W oparciu o regulacje:

1. Ustawy z dnia 20 marca 2025 o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
2. Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.

Pouczenie:

- Wniosek może zostać uwzględniony tylko w przypadku, gdy jest kompletny, prawidłowo i czytelnie wypełniony. Wszystkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.
- Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, a w przypadku gdy informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”, „brak” lub „nie posiadam”.
- Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji.
- Wniosek wypełniony niekompletnie, bez wymaganych załączników oraz niepodpisany, nie będzie rozpatrzony do czasu uzupełnienia braków w terminie wskazanym przez Urząd. Wniosek nieuzupełniony w terminie wskazanym przez Urząd pozostanie bez rozpatrzenia. Złożony wniosek wraz z załączoną dokumentacją nie podlega zwrotowi.
- Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, gdyż refundacja dokonywana jest na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie na podstawie decyzji administracyjnej.

UWAGA!!!

- **Wnioskodawca zamierzający utworzyć stanowisko pracy dla skierowanego bezrobotnego lub opiekuna, może złożyć wniosek do Urzędu właściwego ze względu na swoją siedzibę albo ze względu na stałe miejsce wykonywania działalności albo ze względu na miejsce wykonywania pracy przez osobę skierowaną wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**
 - **wydatki poniesione przed zawarciem umowy nie zostaną objęte refundacją**

I. WNIOSKODAWCA

Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest: <i>(właściwe zaznaczyć)</i>	Czy Wnioskodawca zamierza zatrudnić na utworzonym w wyniku refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: <i>(właściwe zaznaczyć)</i>
☐ przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018r. - Prawo przedsiębiorców ☐ niepublicznym przedszkolem lub niepubliczną inną formą wychowania przedszkolnego, niepubliczną szkołą, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe ☐ producentem rolnym ¹ , o którym mowa w art. 154 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia	☐ bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy ☐ poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej ² w niemniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy (wskazać wymiar.....)
☐ żłobkiem lub klubem dziecięcym tworzącym stanowisko pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć ☐ przedsiębiorcą lub przedsiębiorstwem społecznym, prowadzącym działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych, tworzącemu stanowisko pracy związane bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych ☐ przedsiębiorcą tworzącym stanowisko pracy dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym	☐ bezrobotnego w niemniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy (wskazać wymiar.....) ☐ poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej ² w niemniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy (wskazać wymiar.....)

¹ Oznacza osobę fizyczną, prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zamieszkujejącą lub mającą siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącą posiadaczem gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym lub prowadzącą dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub w ustawie z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych, która przez ostate 6 miesięcy posiadała gospodarstwo rolne lub prowadziła dział specjalny produkcji rolnej i zatrudniała w okresie ostatnich 6 miesięcy, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.

² Kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy zatrudnionego opiekuna.

1. Pełna nazwa (imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej)

.....

.....

tel:

.....

.....

6. Telefon e-mail.

8. Numer identyfikacji podatkowej NIP | | | - | | | - | | | - | | |

9. Numer identyfikacyjny REGON | | | | | | | | |

10. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności PKD | | | | |

[illegible]

Numer konta

[illegible]

.....

.....

.....

3

17. Forma opodatkowania (należy zaznaczyć właściwe pole)

- ☐ Karta podatkowa ☐ Ryczałt od przychodów ☐ Pełna księgowość
- ☐ Księga przychodów i rozchodów ewidencjonowanych ☐ podatek linowy

III. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY LUB OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ZAWIERANIA ZOBOWIĄZAŃ

1.

Imię i nazwisko..... stanowisko

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku-rodzaj, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość).....

telefon.....

2.

Imię i nazwisko..... stanowisko

Adres zamieszkania

PESEL (w przypadku braku-seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość).....

telefon.....

IV. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków Funduszu Pracy w formie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, proszę podać:

- a) w jakim terminie.....
- b) w jakim powiecie
- c) wysokość pożyczki/refundacji
- d) liczba utworzonych miejsc pracy
- e) umowa nadal trwa/wygasta

V. INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA

1. Stan zatrudnienia³ pracowników przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku osób

Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku						
Dzień/miesiąc /rok	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....	/..../.....
Stan zatrudnienia						
Wymiar czasu pracy						

³ zatrudnienie – oznacza to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą (ustawa o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20 marca 2025r.)

2. Czy w okresie **ostatnich 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku Wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z **przyczyn dotyczących zakładu pracy**⁴? ☐ NIE ☐ TAK
3. Czy w okresie **ostatnich 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku Wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z **innych przyczyn**? ☐ NIE ☐ TAK

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK -w pkt 2 lub pkt 3, należy uzupełnić poniższe tabele:

Lp.	Data zmniejszenia wymiaru czasu pracy	Data uzupełnienia wymiaru czasu pracy	Przyczyna zmniejszenia wymiaru czasu pracy	
			z przyczyn dotyczących zakładu pracy	z innych przyczyn

Tabela 1. Wykaz zmniejszonych wymiarów czasu pracy

Lp.	Data zmniejszenia stanu zatrudnienia	Data uzupełnienia stanu zatrudnienia	Sposób rozwiązania stosunku pracy (wpisać art. zgodny z Kodeksem Pracy)	
			z przyczyn dotyczących zakładu pracy	z innych przyczyn

Tabela 2. Wykaz zmniejszonego stanu zatrudnienia

⁴ Starosta **nie może** zawrzeć umowy o refundację z Wnioskodawcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku **nastąpiło zmniejszenie wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, które oznaczają:** a) rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników, b) rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych, c) wygaśnięcie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy, d) rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 i 11¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;

VI. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANYCH STANOWISK PRACY NA KTÓRE MOŻE ZOSTAĆ DOKONANA REFUNDACJA /*Niepotrzebne skreślić/

1. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych*
2. Liczba osób bezrobotnych/poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych* przewidzianych do zatrudnienia na tych stanowiskach pracy (wpisać nazwę stanowiska)
3. Okres utrzymania stanowisk/a pracy utworzonego/ych w ramach refundacji (właściwie zaznaczyć):
☐ co najmniej 12 miesięcy,
☐ co najmniej 18 miesięcy.
4. Informacje o stanowisku pracy i wymagania wobec bezrobotnych/poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych* .

Lp.	Nazwa stanowiska i kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów	Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny lub skierowany opiekun
1.		
2.		

Uwaga! Nazwa stanowiska musi być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania)

5. Adres miejsca wykonywania pracy przez osoby skierowane na planowane stanowisko/a

6. Rodzaj pracy, zakres i opis zadań jakie będą wykonywane przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych)/ skierowanego(ych) opiekuna(ów)*

7. Stopień zaawansowania prac nad uruchomieniem nowych stanowisk pracy

VII. KALKULACJA WYDATKÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY ORAZ ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA /*Niepotrzebne skreślić/

1. Koszt utworzenia stanowisk pracy – źródła ich finansowania, w tym:
 - kwota kosztów ponoszonych w okresie 12 lub 18 miesięcy z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych)/ skierowanego(ych) opiekuna(ów)* obejmująca wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłacanych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenie społeczne (m-ce x wynagrodzenie ze skł. ZUS):
.....
 - środki własne w zł słownie
.....
z przeznaczeniem na:.....
.....
 - inne źródła finansowania w zł, słownie
od kogo, z przeznaczeniem na:
2. Wnioskowana kwota refundacji (ogółem w zł)

(właściwe zaznaczyć)	
☐ Jestem czynnym podatnikiem VAT i wnioskuję o refundację obejmującą wydatki niezbędne do utworzenia wnioskowanego stanowiska pracy w kwocie nettozł (słownie:.....)	☐ Nie jestem podatnikiem VAT lub nie jestem czynnym podatnikiem VAT i wnioskuję o refundację obejmującą wydatki niezbędne do utworzenia wnioskowanego stanowiska pracy w kwocie bruttozł (słownie:.....)

Wnioskodawcy, który **jest czynnym podatnikiem podatku VAT** (przysługuje prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego) -**refundacja** obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy **bez podatku od towarów i usług- w kwocie netto**.

Wnioskodawcy, który **nie jest podatnikiem podatku VAT**- refundacja obejmuje wydatki w **kwocie brutto**. W przypadku gdy Wnioskodawca **nabędzie prawo do obniżenia kwoty podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego**, w trakcie obowiązywania umowy lub w ciągu 5 lat od poniesienia wydatków, **dokonyuje zwrotu równowartości podatku od towarów i usług** zakupionych w ramach umowy.

3. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk i źródła ich finansowania /*Niepotrzebne skreślić/

L.p.	Przedmiot zakupu na stanowisko:	ilość	Wartość			Źródło finansowania	
			brutto	vat	netto	Środki Funduszu Pracy wartość netto/brutto*	Środki własne wartość brutto
1.							
2.							
3.							
4.							

Zakupy w wartości netto wskazują Wnioskodawcy, którym przysługuje prawo do obniżenia podatku VAT należnego o kwotę podatku VAT naliczonego; Wnioskodawcy, którym to prawo nie przysługuje wskazują zakupy w wartości brutto.

L.p.	Przedmiot zakupu na stanowisko:	ilość	Wartość			Źródło finansowania	
			brutto	vat	netto	Środki Funduszu Pracy wartość netto/brutto*	Środki własne wartość brutto
1.							
2.							
3.							
4.							

Zakupy w wartości netto wskazują Wnioskodawcy, którym przysługuje prawo do obniżenia podatku VAT należnego o kwotę podatku VAT naliczonego; Wnioskodawcy, którym to prawo nie przysługuje wskazują zakupy w wartości brutto.

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

I.p.	Przedmiot zakupu (ilość sztuk)	Przewidywany koszt netto/brutto*	Planowany termin zakupu	Uzasadnienie wydatku
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

*/Niepotrzebne skreślić/

(UWAGA! W przypadku przyznania refundacji powyższa specyfikacja będzie podstawą do dokonywania zakupów).

Wnioskodawca nie może otrzymać finansowania formy pomocy z Funduszu Pracy w części, w której te same koszty zostały sfinansowane z innych środków publicznych.

Czy utworzone stanowisko pracy będzie zgodne z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii*?(właściwe zaznaczyć)

☐ TAK ☐ NIE

* **Ergonomia**- nauka o pracy, dyscyplina naukowa zajmująca się dostosowaniem pracy do możliwości psychofizycznych człowieka. Ma na celu taką organizację układu: człowiek - maszyna - warunki otoczenia, aby praca wykonywana była przy możliwie niskim koszcie biologicznym i najbardziej efektywnie, co uzyskuje się m.in. poprzez eliminację źródeł chorób zawodowych.

VIII. OPIS PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Dane dotyczące lokalizacji: (dotyczy lokalu, w którym będą utworzone nowe stanowiska pracy) -powierzchnia lokalu w m², w tym produkcyjna..... handlowa,magazynowa, biurowo/socjalna

- forma własności

2. Krótki opis prowadzonej działalności

.....

3. Dane dotyczące wytwarzanych produktów lub świadczonych usług:

- opis produktu lub świadczonych usług

.....

- wielkość miesięcznej produkcji lub świadczonych usług, możliwości produkcyjne
- sposób zapewnienia jakości produktów i usług
- 4. Ocena rynku
- główni odbiorcy produktów i usług
- główni dostawcy surowców i towarów.....
- charakterystyka obsługiwanego rynku (lokalny, regionalny, krajowy, zagraniczny), proszę scharakteryzować istniejącą konkurencję
- tendencje rozwojowe, plany rozwoju.....
- sezonowość popytu i wpływ na wielkość sprzedaży/produkcji.....
- możliwości zmiany profilu działalności i dostosowania do sytuacji rynkowej
- 5. Spodziewane efekty wynikające z otrzymania refundacji doposażenia/wyposażenia stanowisk pracy

IX. FORMA ZABEZPIECZENIA SPŁATY ŚRODKÓW W PRZYPADKU NIEDOTRZYMANIA WARUNKÓW UMOWY (właściwe zaznaczyć):

- ☐ Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika oraz dodatkowe zabezpieczenie.....
- ☐ Poręczenie osób fizycznych wg prawa cywilnego lub osób prawnych
- ☐ Inna forma zabezpieczenia:

Dane dotyczące **poręczycieli**:

Poręczyciel I

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Miejsce zatrudnienia
4. Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**.....

Poręczyciel II

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Miejsce zatrudnienia
4. Wysokość miesięcznego dochodu **brutto**

X. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY /*niepotrzebne skreślić/:

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku (właściwe zaznaczyć X):

1. przez ostatnie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku jako przedsiębiorca / żłobek/ klub dziecięcy / podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne*,
☐ wykonywałem(am) / ☐ nie wykonywałem(am) działalność/ci gospodarczą/ej, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe; (nie dotyczy producenta rolnego)
2. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:
- ☐ nie zmniejszyłem(-am) / ☐ zmniejszyłem(-am) wymiaru czasu pracy
- ☐ nie zmniejszyłem(-am) / ☐ zmniejszyłem(-am) stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn
☐ uzupełniłem(-am) / ☐ nie uzupełniłem(-am) wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
3. ☐ Nie zalegam/ ☐ zalegam z:

a) wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

b) opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
4. ☐ nie zalegam / ☐ zalegam z opłacaniem innych danin publicznych; w tym w Urzędzie Skarbowym
5. ☐ nie posiadam / ☐ posiadam nieuregulowane/ych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. ☐ nie byłem (-am) / ☐ byłem (-am)* karany (-a) karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3, pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych;
7. ☐ spełniam / ☐ nie spełniam warunki rozporządzenia Komisji (UE) 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). W przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły wnioskowana refundacja będzie / nie będzie* (niepotrzebne skreślić) przeznaczona wyłącznie na realizację zadań określonych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe; powyższe nie dotyczy producenta rolnego;
8. ☐ nie jestem / ☐ jestem związany(-a) z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i które figuruje na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz
☐ nie znajduję / ☐ znajduję się na takiej liście dostępnej : <https://www.gov.pl/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>;

9. (dodatkowo wypełnić jeśli dotyczy) ☐ nie dotyczy

w okresie ostatnich 12 miesięcy ☐ nie przerwałem/☐ przerwałem bez uzasadnionej przyczyny realizacji stażu jako organizator i staż przeze mnie organizowany ☐ nie został /☐ został przerwany przez Urząd.

10. (dodatkowo wypełnić jeśli dotyczy) ☐ nie dotyczy

Jako producent rolny /*niepotrzebne skreślić/

-przez ostatnie 6 miesięcy posiadałem(am) / nie posiadałem(am)* gospodarstwo rolne lub prowadziłem / nie prowadziłem dział specjalny produkcji rolnej (dotyczy producenta rolnego),

-w okresie ostatnich 6 miesięcy zatrudniałem(am) / nie zatrudniałem(am)* w każdym miesiącu co najmniej 1 pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy (dotyczy producenta rolnego),

-spełniam/nie spełniam* 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 (dotyczy producenta rolnego);

11. (dodatkowo wypełnić jeśli dotyczy) ☐ nie dotyczy

W przypadku przedsiębiorstwa, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, przedsiębiorstwa społecznego:

☐ tworzącego stanowisko pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć,

☐ tworzącego stanowisko pracy związane bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych,

☐ tworzącego stanowisko pracy dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym

spełniam/nie spełniam*(niepotrzebne skreślić) warunki określone w pkt 1 i 4–6 oraz nie zmniejszyłem(am) 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(am)/ nie uzupełniłem(am)* wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania, w przypadku gdy wykonuję działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy (lub w przypadku przedsiębiorstwa społecznego uzupełniło wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego, w przypadku gdy posiada ten status krócej niż 6 miesięcy).

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam świadomie i dobrowolnie, że w celu wykonania przez Powiatowy Urząd Pracy w Golubiu-Dobrzyniu ciążyących na nim obowiązków prawnych **wyrażam zgodę** na zbieranie, wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów udzielania wsparcia oraz monitoringu i sprawozdawczości w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, a także archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby stosownie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Wnioskodawcy

Wykaz załączników:

1. Dane z wpisu w rejestrze CEiDG lub KRS poświadczające formę prawną istnienia podmiotu - wydruk z CEiDG ze strony ceidg.gov.pl lub wydruk ze strony KRS wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl w przypadku spółek i spółdzielni; w przypadku spółki cywilnej - umowa spółki, w przypadku niepublicznej szkoły lub przedszkola albo producenta rolnego – kopie dokumentów potwierdzających prowadzenie działalności odpowiednio - zgodnie z ustawą Prawo oświatowe lub przepisami o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub prawnych; w przypadku żłobka lub klubu dziecięcego dokument potwierdzający wpis do rejestru żłobków i klubów dziecięcych; w przypadku podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
2. Dane z wpisu w rejestrze REGON - wydruk ze strony wyszukiwarkaregon.stat.gov.pl;
3. Forma użytkowania lokalu (akt własności, umowa najmu, umowa dzierżawy, umowa użyczenia);
4. Oświadczenie osób zarządzających (str. 16 wniosku);
5. W zależności od wyboru formy zabezpieczenia zwrotu refundacji wskazanej w części IX:
 - Poręczenie osób fizycznych wg prawa cywilnego:
 - 1)Zaświadczenia o dochodach poręczycieli (aktualne, tj. wydane nie później niż 1 m-c przed złożeniem wniosku) wraz z
 - 2)Oświadczenia poręczycieli dot. zobowiązań (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4);
 - Poręczenie osób prawnych: dokumenty dotyczące sytuacji finansowej (np. bilans, rachunek zysków i strat),
 - Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika: oświadczenie o posiadanym majątku(druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Dokumenty do pobrania” lub w pokoju nr 4);
 - Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym: oświadczenie na dokonanie blokady środków (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Dokumenty do pobrania” lub w pokoju nr 4),bądź złożenie innych dokumentów niezbędnych do wskazania formy zabezpieczenia;
6. Oświadczenie dotyczące stanu cywilnego/ oświadczenie Współmałżonka (jeśli dotyczy) o zgodzie na dokonanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (w zależności od informacji wskazanych w części II);
7. Wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de mnimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie, jaką otrzymały w okresie trzech lat, albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie , albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie (str. 14 wniosku);
8. Oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis (str. 15 wniosku);
9. Formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis-druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4, wypełniają: podmioty prowadzące działalność gospodarczą, przedszkola i szkoły;
10. W przypadku producenta rolnego – należy dołączyć do wniosku dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie;
11. W przypadku producenta rolnego - należy dołączyć formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4).

Pouczenie: wniosek niekompletny, niepoprawnie sporządzony i/lub bez aktualnych załączników, wymienionych powyżej nie będzie rozpatrywany.

.....
/ miejscowość, dnia/

OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS*

I. DANE OŚWIADCZAJĄCEGO:

Imię i nazwisko:

Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

Adres zamieszkania:

II. Oświadczam, że w okresie trzech poprzedzających lat przed złożeniem wniosku:

☐ nie uzyskałem/am

☐ uzyskałem/am

pomoc/y *de minimis* oraz pomoc/y *de minimis* w rolnictwie lub pomoc/y *de minimis* w rybołówstwie.

III. (Wypełnia się tylko w przypadku uzyskania pomocy *de minimis*)

Oświadczam, że wielkość pomocy *de minimis* uzyskana w okresie trzech poprzedzających lat wynosi:

w PLN

w EUR

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Dane osoby upoważnionej do udzielania informacji:

.....
/imię i nazwisko/

.....
/data i czytelny podpis Wnioskodawcy

.....
/Wnioskodawca/

Oświadczenie

o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Oświadczam, że

☐ nie otrzymałem/am

☐ otrzymałem/am (podać wielkość i przeznaczenie pomocy)

pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/data i czytelny podpis Wnioskodawcy/

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE OSÓB ZARZĄDZAJĄCYCH⁵
(każda z osób zarządzających składa odrębne oświadczenie)

Ja, niżej podpisany/a.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

jako osoba zarządzająca Wnioskodawcą.....

.....
(nazwa i adres Wnioskodawcy)

oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 2 lat **byłem(am)/nie byłem(am)*** prawomocnie skazany(a) za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

2. Zapoznałem(am) się z *Klauzulą informacyjną RODO*,

/ *niepotrzebne skreślić/

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(Podpis osoby zarządzającej)

⁵ Osoby zarządzające Wnioskodawcą to w przypadku spółek osoby uprawnione do prowadzenia spraw spółki i reprezentowania spółki na zewnątrz lub osoby wchodzące w skład zarządu, który prowadzi sprawy spółki i ją reprezentuje. W przypadku innych podmiotów osoby zarządzające Wnioskodawcą to osoby wchodzące w skład organu zarządzającego, który kieruje działalnością tego podmiotu oraz reprezentuje go na zewnątrz. Osoby reprezentujące podmiot to również prokurenci lub pełnomocnicy, którzy nie są uprawnieni do zarządzania podmiotem lub prowadzenia spraw spółki. – **każda z osób zarządzających składa odrębne oświadczenie**

Golub-Dobrzyń, dnia

.....
Wnioskodawca

Oświadczenie

Oświadczam, że w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla osób skierowanych :

- nie zmniejszę wymiaru czasu pracy,
- nie zmniejszę stanu zatrudnienia pracowników

z przyczyn dotyczących zakładu pracy,

a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia **z innych przyczyn:**

- zobowiązuje się do uzupełnienia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia.

Dodatkowo informuję, że ☐ nie dokonałem (-am) / ☐ dokonałem(-am) powyższych czynności w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Podpis Wnioskodawcy