

.....
(miejscowość, data)

.....
pieczęć Wnioskodawcy

**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, poszukujących pracy absolwentów**

I. WNIOSKODAWCA (wypełnić jeśli dotyczy część A lub B)

A. 1. Czy Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ **podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018r. - Prawo przedsiębiorców
- ☐ **producentem rolnym¹**, o którym mowa w art. 46 ust.1 pkt 1a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- ☐ **niepublicznym przedszkolem**, o którym mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe
- ☐ **niepubliczną szkołą**, o którym mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe

2. Czy Wnioskodawca zamierza zatrudnić na utworzonym w wyniku refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ **bezrobotnego**
- w pełnym wymiarze czasu pracy
- ☐ **poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej²**, oznacza poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej, tj. członków rodziny, w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, opiekujących się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.
- w niepełnym wymiarze czasu pracy (podać jakim*)

¹ Oznacza osobę prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zamieszkuje 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 działalność specjalnej 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, zatrudniającym w okresie ostatnich 6 miesięcy, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.

² W przypadku zatrudniania opiekuna osoby niepełnosprawnej możliwe jest zatrudnienie go co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy. Kwota refundacji jest wówczas proporcjonalna do wymiaru czasu pracy zatrudnionego opiekuna.

B. 1. Czy Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest: (właściwe zaznaczyć)

☐ **żłobkiem lub klubem dziecięcym**, tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3,

(W przypadku ubiegania się przez żłobek lub klub dziecięcy o refundację kosztów utworzenia stanowiska pracy stanowisko to musi być bezpośrednio związane ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć – miejsc integracyjnych.)

☐ **podmiotem świadczącym usługi rehabilitacyjne**, związanym bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych

(W przypadku ubiegania się przez podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne o refundację kosztów utworzenia stanowiska pracy stanowisko to musi być bezpośrednio związane ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych)

2. Czy Wnioskodawca zamierza zatrudnić na utworzonym w wyniku refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: (właściwe zaznaczyć)

☐ **bezrobotnego**³

- w pełnym wymiarze czasu pracy ☐

- w niepełnym wymiarze czasu pracy ☐ (podać jakim*)

☐ **poszukującego pracy niepozostającym w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej**³

- pełnym wymiarze czasu pracy ☐

- niepełnym wymiarze czasu pracy ☐ (podać jakim*)

☐ **poszukującego pracy absolwenta**³ (oznacza to poszukującą pracy osobę, która w okresie ostatnich 48 miesięcy ukończyła szkołę lub uzyskała tytuł zawodowy)

- w pełnym wymiarze czasu pracy ☐

- w niepełnym wymiarze czasu pracy ☐ (podać jakim*)

³ W przypadku zatrudniania bezrobotnego, opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz poszukującego pracy absolwenta możliwe jest zatrudnienie go co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy. Kwota refundacji jest wówczas proporcjonalna do wymiaru czasu pracy zatrudnionego.

II. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

- [illegible]

**) należy wypełnić w przypadku osób fizycznych*

III. INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA

1. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy pracowników w dniu złożenia wniosku wynosi:

2. Stan zatrudnienia⁴ w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku⁵

miesiąc /rok		Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy	Zmiany w stanie zatrudnienia/ zmiany w wymiarze czasu pracy
1.	/.....		
2.	/.....		
3.	/.....		
4.	/.....		
5.	/.....		
6.	/.....		

W przypadku spadku liczby pracowników należy podać czy zmniejszenie zatrudnienia nastąpiło (należy zaznaczyć właściwe pole):

☐ z przyczyn dotyczących zakładu pracy,

☐ z przyczyn nie dotyczących zakładu pracy

inne przyczyny

IV. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY LUB OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO ZAWIERANIA ZOBOWIĄZAŃ

1.

Imię i nazwisko..... stanowisko

Adres zamieszkania

PESELtelefon.....

2.

Imię i nazwisko..... stanowisko

Adres zamieszkania

PESELtelefon.....

⁴ zatrudnienie – oznacza to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą (ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r.)

⁵ Starosta nie może zawrzeć umowy o refundację z pracodawcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy – oznacza to:

- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących 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,
- rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,
- wygaśnięcie 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 niezapropozowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,
- rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.

V. 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/wygasła

VI. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANYCH STANOWISK PRACY NA KTÓRE MOŻE ZOSTAĆ DOKONANA REFUNDACJA

- 1. Liczba wnioskowanych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych/ poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych/ poszukujących pracy absolwentów*,
- 2. Liczba osób bezrobotnych/poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych/poszukujących pracy absolwentów* przewidzianych do zatrudnienia na tych stanowiskach pracy.....
- 3. Informacje o stanowisku pracy i wymagania wobec bezrobotnych/poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych/poszukujących pracy absolwentów*.

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/poszukujący pracy opiekun osób niepełnosprawnych, poszukujący pracy absolwent
1.		
2.		
3.		
4.		

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)

- 4. Miejsce zatrudnienia osób na planowanych stanowiskach
- 5. Rodzaj pracy, zakres i opis zadań jakie będą wykonywane przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych)/poszukującego(ych) pracy opiekuna(ów) osób niepełnosprawnych/poszukującego(ych) pracy absolwenta(ów)*
- 6. Stopień zaawansowania prac nad uruchomieniem nowych stanowisk pracy

*/Niepotrzebne skreślić/

VII. KALKULACJA WYDATKÓW DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY ORAZ ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA

1. Koszt utworzenia stanowisk pracy – źródła ich finansowania, w tym:

- kwota kosztów ponoszonych w okresie 24 miesięcy z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/ poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych/ poszukujących pracy absolwentów* obejmująca wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłacanych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenie społeczne (24 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)

.....
słownie:

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

l.p.	Przedmiot zakupu	Przewidywany koszt	Termin	Nazwa i adres potencjalnego dostawcy
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

*/Niepotrzebne skreślić

4. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie i źródła ich finansowania w rozbiu dla poszczególnych stanowisk (**UWAGA! W przypadku przyznania refundacji poniższa specyfikacja będzie podstawą do dokonywania zakupów**)

L.p.	Przedmiot zakupu	ilość	Środki FP	Wkład własny
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

L.p.	Przedmiot zakupu	ilość	Środki FP	Wkład własny
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

L.p.	Przedmiot zakupu	ilość	Środki FP	Wkład własny
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Czy utworzone stanowisko pracy będzie zgodne z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii*?(właściwie 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 usługi
-
-
-
- wielkość miesięcznej produkcji, 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
- ☐ Poręczenie osób fizycznych wg prawa cywilnego

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**

Oświadczenie Podmiotu, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły lub osób upoważnionych do ich reprezentowania.

Oświadczam, że:

- 1. Nie rozwiązałem(-am) stosunku pracy** z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika oraz nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
- 2. Nie obniżyłem(-am) / ☐obniżyłem(-am) wymiar/u czasu pracy** pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
 - a) **Podmiot**, który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.²), zwanej dalej „ustawą COVID-19”, lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19, zamiast oświadczenia, o którym mowa w pkt 2, dołącza do wniosku oświadczenie o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.
 - b) **Przedszkole lub szkoła**, które w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyły wymiar czasu pracy pracownika lub zamierzają obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19, zamiast oświadczenia, o którym mowa w pkt 2, dołączają do wniosku oświadczenie o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.
- 3. Prowadzę działalność gospodarczą:**
 - a) na podstawie ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
 - b) na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

Do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności na podstawie ustawy Prawo przedsiębiorców lub ustawy Prawo oświatowe.
- 4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń** pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
- 5. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.**
- 6. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nie uregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.**
- 7. Nie byłem/am karany/a w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo/a** przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy a dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

8. (właściwe zaznaczyć)

☐ jestem

☐ nie jestem

czynnym płatnikiem podatku VAT.

9. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych, poszukujących pracy absolwentów w Powiatowym Urzędzie Pracy w Golubiu-Dobrzyniu.

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

***Poniższe oświadczenie dotyczy producenta rolnego**

Oświadczenie Producenta rolnego lub osób upoważnionych do jego reprezentowania)

Oświadczam, że: (wypełnia tylko podmiot, będący producentem rolnym)

1. Nie rozwiązałem(-am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
2. **Nie obniżyłem(-am) / ☐obniżyłem(-am) wymiar/u czasu pracy** pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
- a) **Producent rolny**, który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19, zamiast oświadczenia, o którym mowa w pkt 2, dołącza do wniosku oświadczenie o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
5. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nie uregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo/a przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
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 bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
8. Potwierdzam 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 przedkładałem do wniosku dokumenty potwierdzające zatrudnienie oraz ubezpieczenie pracownika/pracowników.
9. **(właściwie zaznaczyć):** ☐ **jestem/** ☐ **nie jestem czynnym płatnikiem podatku VAT.**
10. Zapoznałem(-am) się z treścią Regulaminu dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych, poszukujących pracy absolwentów w Powiatowym Urzędzie Pracy w Golubiu-Dobrzyniu.

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

***Poniższe oświadczenie dotyczy żłobka, klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne**

Oświadczenie żłobka, klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne lub osób upoważnionych do ich reprezentowania.

Oświadczenie, że:

1. Nie rozwiązałem(-am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
2. **Nie obniżyłem(-am) / ☐obniżyłem(-am) wymiar/u czasu pracy** pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
 - a) **Żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne**, który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19, zamiast oświadczenia, o którym mowa w pkt 2, dołącza do wniosku oświadczenie o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
5. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nie uregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo/a przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
7. **(właściwie zaznaczyć)** ☐ **jestem/**☐ **nie jestem** **czynnym płatnikiem podatku VAT.**
8. Zapoznałem(-am) się z treścią Regulaminu dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych, poszukujących pracy absolwentów w Powiatowym Urzędzie Pracy w Golubiu-Dobrzyniu.

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 pieczęćka Wnioskodawcy

Wykaz załączników:

1. Kopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia podmiotu -wydruk z CEiDG ze strony firma.gov.pl lub Krajowego Rejestru Sądowego w przypadku spółek i spółdzielni; w przypadku spółki cywilnej - umowa spółki, w przypadku szkoły lub przedszkola albo producenta rolnego – kopie dokumentów potwierdzających prowadzenie działalności odpowiednio - zgodnie z ustawą o systemie oświaty 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. Kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON (lub wydruk ze strony www.stat.gov.pl);
3. Forma użytkowania lokalu (akt własności, umowa najmu, umowa dzierżawy, umowa użyczenia);
4. Zaświadczenie z ZUS/KRUS o niezaleganiu w opłatach na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych (aktualne, tj. z datą wydania nieprzekraczającą 1 miesiąca);
5. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w opłatach (aktualne, tj. z datą wydania nieprzekraczającą 1 miesiąca);
6. W zależności od wyboru formy zabezpieczenia zwrotu refundacji wskazanej w części IX:
-Poreczenie 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 (druk dostępny na stronie internetowej urzędu w zakładce „Do pobrania” lub w pokoju nr 4);
-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;
7. 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);
8. Zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku, w którym podmiot ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (str. 14 wniosku);
9. 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);
10. 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);
11. 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;
12. 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, data/

OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS

I. DANE OŚWIADCZAJĄCEGO:

Imię i nazwisko:

Numer identyfikacji podatkowej (NIP):

Adres zamieszkania:

II. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed złożeniem wniosku o udzielenie pomocy de minimis:

☐ korzystałem (am)

☐ nie korzystałem (am)

z pomocy de minimis.

(Wypełnia się tylko w przypadku korzystania z pomocy de minimis)

Oświadczam, że wielkość pomocy de minimis otrzymana w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych wynosi:

Lp.	Dzień udzielenia pomocy	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Numer programu pomocowego, decyzji lub umowy	Okres, na jaki została udzielana pomoc	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto w PLN	Wartość pomocy brutto w EURO
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

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/

UWAGA:

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* po dniu 31 maja 2004 r. należy przedłożyć zaświadczenia potwierdzające udzielenie pomocy *de minimis*.

.....
/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/

Golub-Dobrzyń, dnia

.....
Wnioskodawca

Oświadczenie

Oświadczam, że

- ☐ ***nie prowadzę działalności gospodarczej w zakresie transportu drogowego towarów;***
- ☐ ***prowadzę działalność gospodarczą w zakresie transportu drogowego towarów jako działalność główną;***
- ☐ ***prowadzę działalność gospodarczą w zakresie transportu drogowego towarów jako działalność dodatkową.***

W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie transportu drogowego towarów jako działalności głównej lub dodatkowej oświadczam, że:

- ☐ *zapewniona jest rozdzielnosc rachunkowa działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego towarów i pozostałej działalności, którą prowadzę (proszę napisać, w jaki sposób?)*
- ☐ *nie jest zapewniona rozdzielnosc rachunkowa działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego towarów i pozostałej działalności, którą prowadzę.*

Oświadczam, że jestem świadomy, że całkowita kwota pomocy de minimis przyznanej przez państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu **nie może przekroczyć 200 000 EUR w okresie trzech lat podatkowych**. Całkowita kwota pomocy de minimis przyznanej przez państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu **prowadzącemu działalność zarobkową w zakresie drogowego transportu towarów nie może przekroczyć 100 000 EUR w okresie trzech lat podatkowych**. Pomoc de minimis nie może zostać wykorzystana **na nabycie pojazdów przeznaczonych do transportu drogowego towarów**.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wiarygodność przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
Podpis Wnioskodawcy

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 skierowanych bezrobotnych:

- **nie rozwiążę** stosunku pracy z pracownikiem/pracownikami **za wypowiedzeniem** dokonany przez podmiot, przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne lub za porozumieniem stron z przyczyn nie dotyczących pracowników
- ☐ **nie obniżę**
☐ **mam zamiar obniżyć***
wymiar/u czasu pracy pracownikowi/pracownikom.

Ponadto oświadczam, że w okresie od podpisania umowy do dnia otrzymania refundacji (przelew środków na konto dokonany przez Urząd):

- **nie rozwiążę** stosunku pracy z pracownikiem/pracownikami **za wypowiedzeniem** dokonany przez podmiot przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne lub za porozumieniem stron z przyczyn nie dotyczących pracowników.
- ☐ **nie obniżę**
☐ **mam zamiar obniżyć***
wymiar/u czasu pracy pracownikowi/pracownikom.

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

*Podmiot, przedszkole, szkoła, producent rolny, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8¹ lub art. 15gb ust. 1 pkt 1² ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.²)), zwanej dalej „ustawą COVID-19”, lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19, zamiast oświadczenia, o którym mowa w ust. 4 pkt 1a, dołącza do wniosku oświadczenie o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8¹ lub art. 15gb ust. 1 pkt 1² ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf³ ustawy COVID-19

¹Podmioty, mogą obniżyć wymiar czasu pracy pracownika maksymalnie o 20%, nie więcej niż do 0,5 etatu, z zastrzeżeniem, że wynagrodzenie nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę ustalone na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, z uwzględnieniem wymiaru czasu pracy.

² Pracodawca, u którego wystąpił spadek przychodów ze sprzedaży towarów lub usług w następstwie wystąpienia COVID-19 i w związku z tym wystąpił istotny wzrost obciążenia funduszu wynagrodzeń, może:

1) obniżyć wymiar czasu pracy pracownika, maksymalnie o 20%, nie więcej niż do 0,5 etatu, z zastrzeżeniem, że wynagrodzenie nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę ustalone na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, z uwzględnieniem wymiaru czasu pracy pracownika przed jego obniżeniem;

³ W przypadku usług i instrumentów rynku pracy oraz innych form wsparcia realizowanych na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w zakresie niezbędnym do niwelowania i ograniczenia negatywnych skutków COVID-19, starosta na wniosek strony lub za jej zgodą, w drodze aneksu do zawartej umowy, może zmienić jej warunki, w tym w szczególności wydłużyć termin na jej realizację lub przesunąć termin na realizację zobowiązań z niej wynikających.

.....
(pieczęć pracodawcy)

Golub-Dobrzyń, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem poinformowany przez Powiatowy Urząd Pracy w Golubiu-Dobrzyniu o obowiązku powiadomienia o powierzeniu pracy obywatelowi Ukrainy w trybie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 poz. 690 z późn. zm.) za pośrednictwem strony praca.gov.pl w ciągu **14 dni** liczonych od dnia podjęcia pracy przez cudzoziemca. Niedopełnienie tego obowiązku we wskazanym terminie oznacza, że podmiot powierza pracę cudzoziemcowi **nielegalnie**.

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)