

.....  
(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)

##### część 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 rolnym<sup>1</sup>**, 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 niepełnosprawnej<sup>2</sup>**,  
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 \*) .....

<sup>1</sup> Oznacza osobę prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zamieszkującą 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, zatrudniającym w okresie ostatnich 6 miesięcy, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.

<sup>2</sup> 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.

(wypełnić jeśli dotyczy- **część A lub B**)

**część 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**<sup>3</sup>

- 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**<sup>3</sup>

- pełnym wymiarze czasu pracy ☐

- niepełnym wymiarze czasu pracy ☐ (podać jakim\*) .....

☐ **poszukującego pracy absolwenta**<sup>3</sup> (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\*) .....

---

<sup>3</sup> 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.

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

.....

.....

.....

.....

tel.: .....

.....

Telefon/fax ..... e-mail. ....

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numer PESEL* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer identyfikacji podatkowej NIP

Numer identyfikacyjny REGON | | | | | | | |

|                               |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| Klasyfikacją Działalności PKD |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|

Númer konta

A horizontal number line starting at -10 and ending at 10. Major tick marks are labeled every integer unit.

.....

Data rozpoczęcia działalności .....

☐ Karta podatkowa

☐ Księga przychodów i rozchodów

☐ Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

*\*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 zatrudnienia<sup>4</sup> w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku<sup>5</sup>

| miesiąc /rok |             | Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy | Zmiany w stanie zatrudnienia/<br>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 .....

PESEL .....telefon.....

2.

Imię i nazwisko..... stanowisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....telefon.....

<sup>4</sup> 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.)

<sup>5</sup> 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 § 1<sup>1</sup> 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 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)**

- 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. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk i źródła ich finansowania

| L.p. | Przedmiot zakupu<br>na stanowisko:<br>..... | Ilość | Łączny koszt<br>brutto | Źródło finansowania             |                                            |
|------|---------------------------------------------|-------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|
|      |                                             |       |                        | Środki własne<br>wartość brutto | Środki<br>Funduszu Pracy<br>wartość brutto |
| 1.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |
| 2.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |
| 3.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |
| 4.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |

| L.p. | Przedmiot zakupu<br>na stanowisko:<br>..... | Ilość | Łączny koszt<br>brutto | Źródło finansowania             |                                            |
|------|---------------------------------------------|-------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|
|      |                                             |       |                        | Środki własne<br>wartość brutto | Środki<br>Funduszu Pracy<br>wartość brutto |
| 1.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |
| 2.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |
| 3.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |
| 4.   |                                             |       |                        |                                 |                                            |

\*/Niepotrzebne skreślić/

4. 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.

| I.p. | Przedmiot zakupu | Przewidywany koszt brutto | Planowany termin zakupu | Nazwa i adres potencjalnego dostawcy |
|------|------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| 1.   |                  |                           |                         |                                      |
| 2.   |                  |                           |                         |                                      |
| 3.   |                  |                           |                         |                                      |
| 4.   |                  |                           |                         |                                      |
| 5.   |                  |                           |                         |                                      |
| 6.   |                  |                           |                         |                                      |
| 7.   |                  |                           |                         |                                      |
| 8.   |                  |                           |                         |                                      |

**(UWAGA! W przypadku przyznania refundacji powyższa specyfikacja będzie podstawą do dokonywania zakupów, rozliczenie poniesionych i udokumentowanych przez podmiot kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest dokonywane w kwocie brutto-z uwzględnieniem podatku od towarów i usług)**

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 m<sup>2</sup> ....., 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 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** .....

**Oświadczenie Podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą /  
niepublicznego przedszkola/ 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 wymiaru** czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie, albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
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.  
Do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności na podstawie ustawy Prawo przedsiębiorców.
  - b) na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych 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 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 z dnia 6 czerwca 1997r.-Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
8. **(właściwie 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.

.....  
miejsce, 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 niedotyczących 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 wymiaru** czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, 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. **(właściwe 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/ 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 niedotyczących 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 wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, 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. **(właściwe 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 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](http://ceidg.gov.pl) lub wydruk ze strony KRS [wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl](http://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](http://wyszukiwarkaregon.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 Solidarnościowy, 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:
  - 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 (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;
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. Wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis 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);
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, wypełniając: 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,      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/

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 w drodze wypowiedzenia **dokonanego przez podmiot**, przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy **porozumienia stron** z przyczyn niedotyczących pracowników,
- **nie obniżę** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia **dokonanego przez podmiot**, przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy **porozumienia stron** z przyczyn niedotyczących pracowników.

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 w drodze wypowiedzenia **dokonanego przez podmiot**, przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy **porozumienia stron** z przyczyn niedotyczących pracowników
- **nie obniżę** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia **dokonanego przez podmiot**, przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek, klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy **porozumienia stron** z przyczyn niedotyczących pracowników

Dodatkowo informuję, że nie 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