# POWIATOWY URZĄD PRACY W ŻYWCU CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

ul. Łączna 28, 34-300 Żywiec

telefon: (33) 475-75-00, fax: (33) 475-75-51

[www.pup.zywiec.pl,](http://www.pup.zywiec.pl/) e-mail: kancelaria@pup.zywiec.pl



 …………………………………………Żywiec ………..………...............

( Pieczęć lub nazwa Wnioskodawcy )

### POWIATOWY URZĄD PRACY W ŻYWCU

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

**Podstawy prawne:**

* art. 46 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz.735 z późn.zm.);
* rozporządzenie 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 (tekst jednolity Dz. U.
z 2022r. poz. 243);
* rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z dnia 24.12.2013);
* rozporządzenie Komisji (UE) 2020/972 z dnia 2 lipca 2020r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1407/2013 w odniesieniu do jego przedłużenia oraz zmieniające rozporządzenie (UE) nr 651/2014 w odniesieniu do jego przedłużenia i odpowiednich dostosowań
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9 z dnia 24.12.2013r.);
* ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz.702 z późn. zm.);
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. z 2010r Nr 53,poz.311 z późn. zm.)
1. **DANE WNIOSKODAWCY**

**(podmiotu, niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły, żłobka, klubu dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)**

**Pełna nazwa Wnioskodawcy:**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

### Adres siedziby Wnioskodawcy:

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

…………………………………………………………………………………………………………….

**W przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą:**

**Imię nazwisko właściciela**

**…………………………………………………………………………… Numer PESEL**

**……………………………………………………………………………**

**Adres zamieszkania**

**………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIP:** | **REGON:** | **PKD:** |
| **Symbol PKD, w ramach którego planuje się utworzenie stanowiska:** |
| **Forma prawna prowadzonej działalności:** |  |
| **Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:***(zgodnie z dokumentem rejestracyjnym):* |  |
| **Rodzaj prowadzonej działalności:***(główne PKD z 2007r)* |  |
| **Wielkość przedsiębiorstwa:***(mikro przedsiębiorca, mały przedsiębiorca, średni przedsiębiorca, inny przedsiębiorca)*: |  |
| **Forma opodatkowania**: |  |
| **Stawka opodatkowania:** |  |

**Telefon**:............................. **Telefon kom**:............................... e**-mail**: ........................................................

**Nazwa banku i numer rachunku bankowego**: …......................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Podatnik VAT** (właściwe zaznaczyć)**:** TAK

NIE

### Powiązania z innymi przedsiębiorcami:

W przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę dodatkowo innych działalności indywidualnie lub na zasadach członkostwa w spółce cywilnej, jawnej, partnerskiej, komandytowej albo komandytowo- akcyjnej – należy podać nazwę firmy, REGON oraz formę prawną działalności (w pozostałym przypadku wpisać nie dotyczy)

### ………………………………………………………………………………………………………………

**………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwiska i imiona oraz stanowiska i składania innych oświadczeń woli:** | **służbowe** | **osób** | **uprawnionych do podpisania umowy** |
| ..................................................(nazwisko i imię) |  |  | .................................................... (stanowisko służbowe) |
| ....................................................(nazwisko i imię) |  |  | ........................................................ (stanowisko służbowe) |

**Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem:**

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

 (nazwisko i imię) (telefon)

### Dane dotyczące stanu zatrudnienia:

* **aktualna (na dzień złożenia wniosku) liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu
 na pełny wymiar czasu pracy……………………………….…..**
* **liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc i rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba zatrudnionych pracowników (w przeliczeniu na pełny****wymiar czasu pracy)** |  |  |  |  |  |  |

**W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia należy poniżej podać sposób rozwiązania stosunku pracy (tryb zgodnie z Kodeksem pracy):**

**..............................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................**

**W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika należy poniżej podać podstawę prawną ( zgodną z ustawa z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych ( Dz.U. z 2019r. poz 1842);**

**………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………….**

……..……………………………………………………

(data i czytelny podpis Wnioskodawcę)

###  DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI I FINANSOWANIA PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:

### 1.Liczba stanowisk pracy, które zostaną utworzone ……………..................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu, kod zawodu****zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy.****Nazwa stanowiska.** | **Liczba miejsc pracy** | **Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy,****wymagania jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  | poziom wykształcenia |
| a. | .................................................... | .................................................................... |
|  | .................................................... | kierunek/specjalność |
|  | .....................................................…………………………………. | ……………………………………................... staż pracy |
|  |  | ……………………………………................... |
|  |  | uprawnienia/umiejętności |
|  |  | ……………………………………................... |
|  |  | znajomość języków obcych |
|  |  | ……………………………………................. |
|  |  |  | poziom wykształcenia |
| b. | ..................................................... | …….............................................................. |
|  | ..................................................... | kierunek/specjalność |
|  | ..................................................... | ……………………………………................... staż pracy |
|  | …….............................................. | ……………………………………................... |
|  | ..................................................... | uprawnienia/umiejętności |
|  |  | ……………………………………................... |
|  |  | znajomość języków obcych |
|  |  | ……………………………………................ |

**\***klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej: [**http://www.praca.gov.pl**](http://www.praca.gov.pl/)

### Informacja o wymiarze czasu pracy zatrudnianych skierowanych:

* + 1. **bezrobotnego ……………………………**

**2) opiekuna ……………………………**

**3) poszukującego pracy absolwenta ……………………………**

* 1. **System i rozkład czasu pracy**٭**:**
		1. **Jednozmianowa TAK/NIE**
		2. **Dwie zmiany TAK/NIE**
		3. **Trzy zmiany TAK/NIE**
		4. **Ruch ciągły TAK/NIE 5) Inna ………………………………….**

**Praca w dni wolne**٭ **TAK/NIE**

٭niepotrzebne skreślić

### 4. Proponowane wynagrodzenie brutto: ……………………………..

**5. Adres miejsca, w którym zostanie utworzone stanowisko pracy:**

**……………………………………………………………………………………………………………**

 **6. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego, skierowanego**

 **opiekuna lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta:**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**7.Uzasadnienie tworzenia refundowanego stanowiska pracy:**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**8. Wnioskowana kwota refundacji ogółem: zł w tym:**

(słownie. )

### na I stanowisko pracy zł

**na II stanowisko pracy zł**

**na III stanowisko pracy zł**

 9. Deklarowane stanowisko pracy kwalifikuje się do sektora:

 a) zielonej gospodarki \* 

 b) cyfrowego 

 c) **istotnego dla regionalnych/lokalnych specjalizacji**  

 d) związanego z usługami zdrowotnymi i opiekuńczymi 

 e) żadne z powyższych 

 Charakterystyka działań podmiotu w ramach ww. obszaru:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

\* Zielona gospodarka - to taka, której prowadzenie skutkuje poprawą jakości życia człowieka i jednocześnie zmniejszenie zagrożeń dla środowiska naturalnego. Zielona gospodarka jest niskoemisyjna, oszczędna w zużyciu surowców i włączająca społecznie. Zielona gospodarka pobudza wzrost dochodu i zatrudnienia dzięki publicznym i prywatnym inwestycjom wpływającym na zmniejszenie emisji CO2 i zanieczyszczeń, sprzyja większej efektywności wykorzystania energii i zasobów, a także zachowaniu różnorodności biologicznej i krajobrazowej.

|  |
| --- |
| **10. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii. Kalkulacja wydatków dla stanowiska pracy i źródła jego finansowania.** |
| **L.p.** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Szczegółowa specyfikacja dotycząca wyposażenia****lub doposażenia stanowiska pracy \*** | **Liczba sztuk** | **Cena jednostkowa brutto****w PLN** | **Całkowita wartość brutto w PLN****dla jednego stanowiska** | **Źródła finansowania wyposażanego lub doposażonego stanowiska pracy** |
| **Środki własne w PLN** | **Środki Funduszu Pracy w PLN** |
| **I.** |  | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11**.** |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| **Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska RAZEM** |  |
| **\*** – rodzaj oraz nazwy maszyn i urządzeń, sprzętu, narzędzi, oprogramowania itp. |  |

**UWAGA!** Zakupy należy zaplanować w taki sposób, aby wykazać jedno źródło finansowania (środki własne lub Fundusz Pracy ), z wyjątkiem zakupu przekraczającego kwotę refundacji. W razie wnioskowania o więcej niż jedno stanowisko pracy powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego stanowiska osobno.

|  |  |
| --- | --- |
| **III. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY** | **Zaznaczyć wybraną****„X”** |
| a. poręczenie |  |
| b. weksel z poręczeniem wekslowym (awal) |  |
| c. gwarancja bankowa |  |
| d. zastaw na prawach lub rzeczach |  |
| e. blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym |  |
| f. akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika w trybie art. 777§ 1 pkt 5 k.p.c. |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją programu. Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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 osobowych lub RODO) (Dz.Urz. UE L. 119, s.1)).

### Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku oraz załącznikach stwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………….. ……………………………………………………

 (miejscowość i data) (czytelny podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

 **Do wniosku należy dołączyć:**

1. Dokument potwierdzający formę prawną istnienia Wnioskodawcy:
	* uwierzytelnione kopie dokumentów potwierdzających formę prawną istnienia wnioskodawcy np. umowa spółki cywilnej, zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych.
2. Oświadczenia **od nr 1 do 10.**
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. Dz.U. Nr 121, poz. 810) ( **załącznik nr 11)**
4. Klauzula informacyjna o Przetwarzaniu danych osobowych w powiatowym Urzędzie Pracy w Żywcu (**załącznik nr 12**)
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis,* stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. (poz. 1543). **(załącznik nr 13 do pobrania pod wnioskiem)**
6. W przypadku producenta rolnego - dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 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, tj. umowę o pracę, zgłoszenie do ubezpieczeń ZUS ZUA, świadectwa pracy oraz deklaracje ZUS RCA za okres 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.

**Uwaga:**

1. Załączniki wymienione we wniosku są niezbędne do jego rozpatrzenia. Wnioski bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane.
2. Kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym lub pełnomocnictwem.

*Załącznik nr 1 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

### Oświadczenie podmiotu, niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły\* Oświadczam, że:

* nie rozwiązałem / rozwiązałem\* stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku ;
* nie obniżyłem / obniżyłem ٭wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
* prowadzę / nie prowadzę\* działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r.- Prawo przedsiębiorców, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenie wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;
* prowadzę / nie prowadzę ٭działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (dotyczy niepublicznego przedszkola i niepublicznej szkoły);\*
* nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
* nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
* nie posiadam / posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
* nie byłam/em karany / byłem\* karany w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary
* w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem / zostałem ukarany٭ prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy
* nie jestem/ jestem٭ objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

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

(data ) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 2 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy٭*

### Oświadczenie producenta rolnego٭٭

**Oświadczam, że:**

* nie rozwiązałem / rozwiązałem\* stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku ;
* nie obniżyłem / obniżyłem٭wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
* 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.
* nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
* nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
* nie posiadam/posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
* nie byłam/em karany / byłem karany٭ w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
* w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem / zostałem٭ ukarany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy
* nie jestem / jestem٭ objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

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

 (data) (podpis producenta rolnego)

٭ W przypadku braku przesłanek do złożenia Oświadczenia należy podpisać deklarację znajdującą się pod oświadczeniem.

**„Oświadczam, że załącznik nr 2 do wniosku mnie nie dotyczy.**

#  ……..………………………………

* niepotrzebne skreślić (czytelny podpis Wnioskodawcy)
* ٭niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 3 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy ٭*

### Oświadczenie żłobka, klubu dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne\*٭ Oświadczam, że:

* nie rozwiązałem / rozwiązałem\* stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku ;
* nie obniżyłem / obniżyłem ٭wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
* nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
* nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
* nie posiadam / posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
* nie byłam/em karany / byłem\* karany w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary .
* w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem / zostałem ٭ukarany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy
* nie jestem / jestem٭ objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

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

 (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

٭ W przypadku braku przesłanek do złożenia Oświadczenia należy podpisać deklarację znajdującą się pod oświadczeniem

**„Oświadczam, że załącznik nr 3 do wniosku mnie nie dotyczy.**

……………………………………………..

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

٭niepotrzebne skreślić

* ٭niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 4 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy٭*

**Oświadczenie podmiotu lub szkoły**٭٭**, które w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku obniżyły lub zamierzają obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie art. 15 g ust.8, lub 15gb ust. 1 pkt 1** ustawy z dnia 2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn. zm.),

### Oświadczam, że:

- w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem lub zamierzam obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie art. 15 g ust. 8, lub 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn.zm.), lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19

# ……...……….. …………………………………………………

 (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

٭ W przypadku braku przesłanek do złożenia Oświadczenia należy podpisać deklarację znajdującą się pod oświadczeniem

**„Oświadczam, że załącznik nr 4 do wniosku mnie nie dotyczy**

٭niepotrzebne skreślić

* ٭niepotrzebne skreślić

 ……………………………………………

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

*Załącznik nr 5 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy٭*

**Oświadczenie przedszkola lub szkoły**٭٭**, które w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku obniżyły lub zamierzają obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie 15gb ust. 1 pkt 1** ustawy z dnia 2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn.zm.),

### Oświadczam, że:

- w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem lub zamierzam obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie 5gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia
2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem
i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn. zm.), lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku
z art. 15zzf ustawy COVID-19

# ……....………………….. …………………………………………………….

 (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

٭ W przypadku braku przesłanek do złożenia Oświadczenia należy podpisać deklarację znajdującą się pod oświadczeniem

**„Oświadczam, że załącznik nr 5 do wniosku mnie nie dotyczy**

٭niepotrzebne skreślić

* ٭niepotrzebne skreślić

…………………………………………………

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

*Załącznik nr 6 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy٭*

**Oświadczenie producenta rolnego**٭٭**, który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku obniżyły lub zamierzają obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie 15gb ust. 1 pkt 1** ustawy z dnia 2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn. zm.),

Oświadczam, że:

- w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem lub zamierzam obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie 5gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn. zm.), lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19

 ….…....…………………….…………………………………………………

 (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

٭ W przypadku braku przesłanek do złożenia Oświadczenia należy podpisać deklarację znajdującą się pod oświadczeniem

**„Oświadczam, że załącznik nr 6 do wniosku mnie nie dotyczy**

٭niepotrzebne skreślić

* ٭niepotrzebne skreślić

………………………………………………

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

*Załącznik nr 7 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy٭*

**Oświadczenie żłobka, klubu dziecięcego, podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne\***٭**,**

**który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku obniżyły lub zamierzają obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie 15gb ust. 1 pkt 1** ustawy z dnia 2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842z późn. zm.),

Oświadczam, że:

- w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem lub zamierzam obniżyć ten wymiar czasu pracy pracownika na podstawie 5gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia
2 marca 2020 o szczegółowych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem
i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U., poz. 1842 z późn.zm.), lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku
z art. 15zzf ustawy COVID-19

#  ……...……………………. ……………………………………………………

 (data) **(**czytelny podpis Wnioskodawcy)

٭ W przypadku braku przesłanek do złożenia Oświadczenia należy podpisać deklarację znajdującą się pod oświadczeniem

**„Oświadczam, że załącznik nr 7 do wniosku mnie nie dotyczy**

٭niepotrzebne skreślić

* ٭niepotrzebne skreślić

 ……………………………………………

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

*Załącznik nr 8 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

### OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS W CIĄGU BIEŻĄCEGO ROKU PODATKOWEGO ORAZ DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT PODATKOWYCH

W związku z ubieganiem się o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk/a pracy oświadczam, że:

### w ciągu bieżącego roku oraz 2-ch poprzedzających go lat przed złożeniem wniosku o refundację z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

- otrzymałem / nie otrzymałem\* środków stanowiących pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ****udzielający pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Numer umowy decyzji****zaświadczenia** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem pomoc de minimis** |  |

* otrzymałem / nie otrzymałem\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis

W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić część D w Formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis będący Załącznikiem nr 7 do wniosku.

......................................... …………………………………………………

 (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 9 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

### OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE W CIĄGU BIEŻĄCEGO ROKU PODATKOWEGO ORAZ DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT PODATKOWYCH

W związku z ubieganiem się o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk/a pracy oświadczam, że:

### w ciągu bieżącego roku oraz 2-ch poprzedzających go lat przed złożeniem wniosku o refundację z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

- otrzymałem / nie otrzymałem\* środków stanowiących pomoc de minimis w rolnictwie.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis w rolnictwie należy wypełnić poniższe zestawienie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ****udzielający pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Numer programu umowy****decyzji zaświadczenia** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem pomoc de minimis** |  |

* otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis w rolnictwie.

W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić Załącznik nr 6 tj. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* w rolnictwie, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. (Dz. U. Nr 121, poz. 810).

………………….....

 (data)

* niepotrzebne skreślić

 …………..………………........................................

 (czytelny podpis producenta rolnego)

*Załącznik nr 10 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

 **Oświadczenie**

Oświadczam, że **z**ostałem poinformowany, iż nie mogę zaliczać do kosztów uzyskania przychodów w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej odpisów z tytułu zużycia środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, które zostały sfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego lub jakichkolwiek innych środków publicznych.

………………………….. ……………………………………………………….

 (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

*Załącznik nr 11 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

### FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

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

1. Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

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

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):
	* działalność w rolnictwie
	* działalność w rybołówstwie
2. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy1) | Podstawa prawna2) | Wartość pomocy3) | Forma pomocy4) | Przeznaczenie pomocy5) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Objaśnienia:

1*) Dzień udzielenia pomocy* - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) *Podstawa prawna* - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) *Wartość otrzymanej pomocy* - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.

4*) Forma pomocy* - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) *Przeznaczenie otrzymanej pomocy* - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

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

 (data) (imię i nazwisko)

٭ Niepotrzebne skreślić.

*Załącznik nr 12 do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

# Klauzula informacyjna o Przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Żywcu

## Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) informuje się, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowy Urząd Pracy w Żywcu**

## W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z pracownikiem pełniącym funkcję Inspektora Ochrony Danych:

e-mail: ido@pup.zywiec.pl Tel. 334757598 lub pisemnie na adres urzędu

1. Celem zbierania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa lub realizacja umowy.
2. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa lub podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione dla realizacji umowy.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów wynikających z przepisów prawa lub realizacji umowy. W przypadku niepodania danych, wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe.
5. Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania, w oparciu o Pani/Pana dane osobowe.
6. Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z „Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt”.

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

 …………………………………………………..

(miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)