Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA URZĄD: Wniosek nr **WPI.630. .2025** |

**UWAGA:** Przed złożeniem wniosku przeczytaj Regulamin przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy. Wniosek wypełnij czytelnie, uzupełnij każdy punkt wniosku. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli jakieś rubryki nie znajdą w Twoim przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”.

**Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach**

# WNIOSEK o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą, producentowi rolnemu, niepublicznemu przedszkolu lub niepublicznej szkole

**NR KONKURSU - 5/2025**

Na podstawie:

1. Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.),
2. Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (t.j.: Dz. U. 2022 poz. 243, z późn. zm.).

**WNIOSKUJĘ**

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia** (wpisz ilu) **……… stanowisk/a pracy:**

* **dla skierowanych bezrobotnych w kwocie** (wpisz wnioskowaną kwotę) **…….……….…zł**
* **dla skierowanych opiekunów osoby niepełnosprawnej poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej w kwocie** (wpisz wnioskowaną kwotę) **……………………zł.**

**UWAGA:** kwota refundacji nie może być wyższa niż 6-krotne przeciętne wynagrodzenie w przypadku zatrudnienia skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy i proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej, który może zostać zatrudniony co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy.

1. Pełna nazwa i adres siedziby wnioskodawcy (lub imię, nazwisko i adres zamieszkania):
............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Adres korespondencyjny: ............................................................................................................
3. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do występowania w imieniu wnioskodawcy: ............................................................................................................................
4. Numer telefonu: ........................................., adres e-mail: ..........................................................
adres strony internetowej ............................................................................................................
5. Forma prawna prowadzonej działalności wnioskodawcy: ...........................................................
.....................................................................................................................................................
6. Data rozpoczęcia działalności: ....................................................................................................
7. NIP ............................................................ REGON ...................................................................
8. W przypadku osoby fizycznej PESEL ........................................................................................
9. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD: .........................................
10. Nazwa Banku: .............................................................................................................................
11. Numer rachunku bankowego :       
12. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc (właściwe zakreślić):

Mikroprzedsiębiorca Mały przedsiębiorca Średni przedsiębiorca Duży przedsiębiorca

1. Liczba wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych poszukujących pracy opiekunów .........................................................................
2. **Miejsce** wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych lub skierowanych poszukujących pracy opiekunów (w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności gospodarczej, przedstaw dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu – np. umowa najmu, umowa użyczenia) ......................................................
.....................................................................................................................................................
3. Nazwa zawodu i kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów – dostępną na stronie internetowej www.praca.myslenice.pl) ........................................................................................
4. Nazwa stanowiska pracy .............................................................................................................
5. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy opiekuna
* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* .............................................................................................................................................
1. Wymagania kwalifikacyjne **i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy**, jakie powinny spełniać osoby skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach – **uzupełnij każde pole**
2. minimalne wykształcenie

 bez znaczenia

 zasadnicze zawodowe - kierunek: .................................................................................

 średnie ogólnokształcące

 średnie zawodowe - kierunek/ specjalność ...................................................................

 wyższe – kierunek/ specjalność ....................................................................................

1. doświadczenie zawodowe (jeżeli wymagasz od kandydata do pracy doświadczenia wskaż na jakim stanowisku oraz ile miesięcy. Dodatkowo napisz czy doświadczenie to jest niezbędne czy tylko mile widziane.): ……………………………………………………….
2. wymagane kwalifikacje - umiejętności/uprawnienia (jeżeli wymagasz od kandydata do pracy posiadania konkretnych kwalifikacji lub uprawnień np. uprawnienie na operatora wózka widłowego, uprawnienia SEP itp. wpisz je w tym miejscu. Dodatkowo napisz czy są one niezbędne czy tylko mile widziane): ……………………………………………………..
3. dodatkowe wymagania: ........................................................................................................

**(UWAGA: w przypadku uzupełnienia stanowiska pracy wymagania jakie powinny spełniać osoby skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy nie mogą zostać zwiększone).**

1. System i rozkład czasu pracy (zakreśl właściwe):
jedna zmiana/ dwie zmiany/ trzy zmiany/ inne (wpisz jakie) .....................................................
2. Godziny pracy od ................................................... do ...............................................................
3. Tryb pracy (zakreśl właściwe): stacjonarna/ zdalna/ hybrydowa
4. Proponowana wysokość wynagrodzenia (wpisz kwotę miesięcznego wynagrodzenia brutto w zł): ...............................................................................................................................................
5. Deklaruję utrzymanie (wpisz ilu) **…………… stanowisk/a pracy** przez okres minimum 24 miesięcy (zaznacz właściwe):
* w pełnym wymiarze czasu pracy dla (wpisz ilu) **…………… osób bezrobotnych**
* w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim) **……………** dla (wpisz ilu) **……………** **skierowanych opiekunów osoby niepełnosprawnej poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej**.
1. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia tj. 24 miesięcy, **deklaruję dalsze zatrudnienie** osób skierowanych przez PUP przez okres (wpisz ilu) ........................ miesięcy w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim) ....................................................................................
2. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: .....................................
3. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku wynosi: ...........................................................................................................
4. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji (właściwe zakreśl):
5. Weksel z poręczeniem wekslowym (co najmniej 1 poręczyciel na każde 20 000,00 zł wnioskowanej kwoty):

|  | Poręczyciel | Poręczyciel | Poręczyciel |
| --- | --- | --- | --- |
| Wpisz: Imię i nazwisko |  |  |  |
| Wpisz: Źródło dochodu (zatrudnienie/ działalność gospodarcza/ emerytura, renta/ inne (wpisz jakie) |  |  |  |
| Miesięczne wynagrodzenie w kwocie brutto/ dochód co najmniej 5.300,00 zł brutto – wpisz TAK lub NIE |  |  |  |

**Poręczycielem nie może być:**

* współmałżonek pozostający w małżeńskiej wspólności majątkowej z wnioskodawcą, który ubiega się o refundację,
* pracownik podmiotu ubiegającego się o refundację,
* małżeństwo pozostające w małżeńskiej wspólności majątkowej.
1. Inna (wpisz jaka ...................................................................................................................)
2. Wnioskuję o wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla (wstaw „X” w polu „a” lub „b” lub „c” oraz wstaw „X” w podkategorii wybranej litery – możesz wybrać kilka podkategorii w obrębie jednej litery):
3. [ ] osoby będącej w szczególnej sytuacji na rynku pracy tj.:
* powyżej 50 roku życia,
* niepełnosprawna,
* długotrwale bezrobotna,
* poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej, 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,
1. [ ] osoby będącej w szczególnej sytuacji na rynku pracy tj.:
* bezrobotna do 30 roku życia,
* bezrobotna korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej,
* bezrobotna posiadająca co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,
1. [ ] pozostałych bezrobotnych.

# Załączniki do złożonego wniosku:

1. Zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku.
2. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania.
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 stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.
4. Oświadczenie podmiotu, przedszkola lub szkoły.
5. Oświadczenie producenta rolnego.
6. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
7. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy.
8. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
9. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810).
10. W przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej kopia podstawy prawnej prowadzonej działalności lub zaświadczenie o prowadzeniu gospodarstwa rolnego. W przypadku spółki cywilnej dodatkowo umowa spółki cywilnej.
11. Umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym.
12. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie – **dotyczy tylko producentów rolnych.**

**Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem.**

**Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.**

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Myślenicach.

Pieczęć i podpis wnioskodawcy: ................................................................

# Załącznik nr 1

Pieczęć wnioskodawcy: ..................................

Miejscowość i data: ……………………………..

**Zatrudnienie w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku wynosiło:**

| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników ogółem | W tym: zatrudnienie na podstawie umowy o pracę |
| --- | --- | --- | --- |
|
| Pełny wymiar | ½ etatu | ¼ etatu | Inne………….etatu |
| 1 |  |  |  |   |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

**W sytuacji rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wskaż przyczynę i podaj liczbę osób:**

* za wypowiedzeniem dokonanym przez Wnioskodawcę: ................................. (liczba osób),
* na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników: .......... (liczba osób),
* z innych przyczyn – wskaż jakich i liczbę osób: .....................................................................
………………………………………………………………………………………………………….

**W sytuacji obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wskaż przyczynę i podaj liczbę osób:**

* za wypowiedzeniem dokonanym przez Wnioskodawcę: ................................. (liczba osób),
* na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników: .......... (liczba osób),
* z innych przyczyn – wskaż jakich i liczbę osób: .....................................................................
………………………………………………………………………………………………………….

**W przypadku rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem, w ciągu 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przedstaw do wglądu w Urzędzie świadectwa pracy osób zwolnionych.**

Pieczęć i podpis wnioskodawcy: ...........................................................

# Załącznik nr 2

Pieczęć wnioskodawcy: .......................................

**Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania**

| Lp. | Nazwastanowiska pracy | Wydatki związane ze stanowiskiem pracy | Źródło finansowania |
| --- | --- | --- | --- |
| WŁASNE kwota brutto w zł | OBCE |
| Kwota brutto w zł | wpisz jakie |
| Wyszczególnienie wydatku | Kwota brutto w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| X | Razem  | X |  |  |  | X |

Pieczęć i podpis wnioskodawcy: ............................................................

## Załącznik nr 3

Pieczęć wnioskodawcy: **………………………………**

**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 stanowiska pracy
z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii**

Urząd oceniać będzie celowość, zasadność i przydatność zaproponowanych przez Wnioskodawcę wydatków

|  Lp. | Wyszczególnienie wydatku dla wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy | Przybliżona wartość wydatku (kwota brutto w zł) | Uzasadnienie wydatku (uzasadnij potrzebę zakupu każdego wyszczególnionego sprzętu. Nie opisuj do czego służy dany sprzęt, lecz wskaż konkretnie dlaczego jest niezbędny na danym stanowisku pracy) | Uzasadnienie ceny (uzasadnij wysokość ceny każdego wyszczególnionego sprzętu, wskaż dlaczego nie możesz kupić go w niższej cenie itp.) | Przewidywany termin zakupu |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| X | Razem |  | X | X | X |

Pieczęć i podpis wnioskodawcy: ............................................................

# Załącznik Nr 4

Pieczęć wnioskodawcy: **………………………………**

#### Oświadczenie podmiotu, przedszkola, szkoły

Oświadczam, że nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości oraz, że w dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam 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;
2. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 236, z późn. zm.) **przez okres 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
5. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 17, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j.: Dz.U. 2023 poz. 659, z późn. zm.);
6. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **zobowiązuję się** do nierozwiązywania stosunku pracy za wypowiedzeniem albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
7. **nie obniżyłem(am)** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **zobowiązuję się** do nie obniżania wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
8. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.), rozporządzeniu 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 (t.j.: Dz. U. 2022 poz. 243, z późn. zm.), Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
9. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
10. nie podlegam wyłączeniom wynikającym z art. 1 ust. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
11. nie posiadam zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (t.j.: [Dz.U. 2024 poz. 1530](https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001270), z późn. zm.);
12. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną;
13. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Pieczęć i podpis wnioskodawcy: ……………………..…………………………………

# Załącznik nr 5

**Pieczęć wnioskodawcy: ………………………………**

#### Oświadczenie Producenta rolnego

Oświadczam, że nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości oraz, że w dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam 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;
2. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 17, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j.: Dz.U. 2023 poz. 659, z późn. zm.);
5. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **zobowiązuję się** do nierozwiązywania stosunku pracy za wypowiedzeniem bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
6. **nie obniżyłem(am)** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **zobowiązuję się** do nie obniżania wymiaru czasu pracy pracownika za wypowiedzeniem bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji
7. posiadam gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego 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. spełniam warunki, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9);
9. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
10. nie posiadam zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 1530, z późn. zm.);
11. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną;
12. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Pieczęć i podpis wnioskodawcy: ……………………..…………………………………

# Załącznik nr 6

Myślenice, dnia: ……………………………………

Pieczęć podmiotu: ………………………………..

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS I POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Oświadczam, iż (zaznacz prawdziwe stwierdzenie wpisująca X w odpowiednią kratkę):

* w okresie trzech minionych lat**[[1]](#footnote-1)** **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w okresie trzech minionych lat**[[2]](#footnote-2)** **uzyskałem/łam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości (wypełnij poniższą tabelę):

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| w PLN | w EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość de minimis** |  |  |

Informuję, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

Pieczątka i podpis podmiotu: …………………………………………

# Załącznik nr 7

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY

Zgodnie z art. 13 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 (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-04.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
4. realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
5. realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO;
6. ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
8. Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
9. Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
10. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
11. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
12. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
13. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie na adres siedziby Urzędu lub na adres poczty elektronicznej: iod@praca.myslenice.pl.

Otrzymałam/em

Data i podpis: ..……………………………………………………………..

# Załącznik nr 8

Myślenice, dn. ………..……………………...

Pieczęć: ………………………………………

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia, w przypadku wystąpienia takiego powiązania bądź gdy zostanę objęty sankcjami, o których mowa powyżej od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia zawarcia umowy oraz w trakcie jej realizacji. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie od wystąpienia zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim.

Czytelny podpis wnioskodawcy: …………………….…………………………………………………..

Niniejsze oświadczenie służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:**

Weryfikacji podmiotu dokonano w dniu ……………… wynik: POZYTYWNY/NEGATYWNY

Podpis pracownika PUP: …………………………………

1. **3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli składasz niniejsze oświadczenie na przykład w dniu 01 lipca 2025 r., uwzględnieniu podlega pomoc de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona począwszy od dnia 1 lipca 2022 r.** (okres wyrażony w tygodniach, miesiącach lub latach rozpoczyna się na początku pierwszej godziny pierwszego dnia okresu i wygasa wraz z upływem ostatniej godziny dnia ostatniego tygodnia, miesiąca lub roku, który jest takim samym dniem tygodnia lub przypada na tę samą datę, co dzień, w którym okres się rozpoczyna. Jeżeli w okresie wyrażonym w miesiącach lub latach dzień, w którym powinien wygasnąć okres, nie wystąpił w tym miesiącu, okres kończy się wraz z upływem ostatniej godziny ostatniego dnia tego miesiąca) [↑](#footnote-ref-1)
2. Zobacz przypis powyżej. [↑](#footnote-ref-2)