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**

**NUMER NABORU - ………../2025**

Na podstawie:

1. Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620) – zwana w dalszej części wniosku Ustawą,
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.).

# DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa (lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej):
…………………………………………………………………………………………..…………..
2. Adres siedziby (lub miejsca zamieszkania): ……………………………………………………
3. Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………...
4. Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany: ………………………...
5. NIP: ………………………………….; REGON: …………………………………………………
6. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: …………………………………………………..
7. Data nadania statusu przedsiębiorstwa społecznego (jeżeli dotyczy): …………………...
8. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD: ……………………….
9. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności (zaznacz właściwe):
	* jednoosobowa działalność gospodarcza,
	* spółka cywilna,
	* spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
	* inna (wpisz jaka): ……………………………………………………………………………..
10. Dane osoby lub osób uprawnionych do występowania w imieniu wnioskodawcy (podaj imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko): …………………………………………………
11. Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………
12. Adres email: ………………………………………………………………………………………..
13. Nazwa Banku: .....................................................................................................................
14. Numer rachunku bankowego, na który ma być przekazana refundacja:
       
15. Czy posiadasz indywidualne konto w systemie teleinformatycznym praca.gov.pl?
	* NIE
	* TAK. Jeżeli posiadasz takie konto, wniosek oraz korespondencję związaną z tym wnioskiem, powinieneś złożyć za pomocą tego konta.

# DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ REFUNDACJI

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów: …………………………………………………...
(Używane we wniosku określenie „opiekun” oznacza poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej, o którym mowa w art. 2 pkt 16 Ustawy).
2. **Wnioskuję o przyznanie** (**zaznacz właściwy punkt A lub B lub C lub D** oraz uzupełnij w wybranym punkcie wszystkie dane na temat wnioskowanej refundacji):
3. refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy:
w kwocie (w złotych): …..………………………………………………………………...

W związku z refundacją, deklaruję utrzymanie stanowiska pracy przez okres co najmniej[[1]](#footnote-1) (zaznacz właściwe):

* 12 miesięcy
* 18 miesięcy

W związku z refundacją, deklaruję zatrudnienie na wyposażonym lub doposażonym stanowiska pracy, w okresie o którym mowa powyżej (zaznacz właściwe):

* skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy
* opiekuna w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim) [[2]](#footnote-2): ………………………
1. refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy **związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć**, o której mowa w art. 154 ust. 2 pkt 1 Ustawy:
w kwocie (w złotych): …..………………………………………………………………...

W związku z refundacją, deklaruję utrzymanie stanowiska pracy przez okres co najmniej[[3]](#footnote-3) (zaznacz właściwe):

* 12 miesięcy
* 18 miesięcy

W związku z refundacją, deklaruję zatrudnienie na wyposażonym lub doposażonym stanowiska pracy, w okresie o którym mowa powyżej (zaznacz właściwe)[[4]](#footnote-4):

* skierowanego bezrobotnego w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim): ……………………………………………………………………………
* opiekuna w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim): ………………………
1. refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy **związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych**, o której mowa w art. 154 ust. 2 pkt 2 Ustawy, w kwocie (w złotych): …………………………………………………….

W związku z refundacją, deklaruję utrzymanie stanowiska pracy przez okres co najmniej[[5]](#footnote-5) (zaznacz właściwe):

* 12 miesięcy
* 18 miesięcy

W związku z refundacją, deklaruję zatrudnienie na wyposażonym lub doposażonym stanowiska pracy, w okresie o którym mowa powyżej (zaznacz właściwe)[[6]](#footnote-6):

* skierowanego bezrobotnego w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim): ……………………………………………………………………………
* opiekuna w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim): ………………………
1. refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy **dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym,** o której mowa w art. 154 ust. 3 Ustawy,
w kwocie (w złotych): …………………………………………………………………….

W związku z refundacją, deklaruję utrzymanie stanowiska pracy przez okres co najmniej[[7]](#footnote-7) (zaznacz właściwe):

* 12 miesięcy
* 18 miesięcy

W związku z refundacją, deklaruję zatrudnienie na wyposażonym lub doposażonym stanowiska pracy, w okresie o którym mowa powyżej (zaznacz właściwe)[[8]](#footnote-8):

* skierowanego bezrobotnego w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim): ……………………………………………………………………………
* opiekuna w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim): ………………………
1. Czy jesteś beneficjentem pomocy de minimis[[9]](#footnote-9)?:
	* TAK
	* NIE
2. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji (zaznacz właściwe):
* Weksel z poręczeniem wekslowym (co najmniej 1 poręczyciel na każde 20 000,00 zł wnioskowanej kwoty) – jeżeli wybierasz tą formę, uzupełnij poniższą tabelę:

| Kategoria danych | 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 lub współmałżonka pozostający/pozostająca w małżeńskiej wspólności majątkowej z Wnioskodawcą, który ubiega się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
	+ pracownik Wnioskodawcy ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
	+ małżeństwo pozostające w małżeńskiej wspólności majątkowej
* Inna (wpisz jaka ...........................................................................................................)

# DANE DOTYCZĄCE WYPOSAŻANEGO LUB DOPOSAŻANEGO STANOWISKA PRACY

1. Nazwa zawodu (wpisz nazwę zgodną z klasyfikacją zawodów dostępną na stronie internetowej PUP): ..............................................................................................................
2. Kod zawodu (wpisz kod zgodny z klasyfikacją zawodów dostępną na stronie internetowej PUP): ……………………………………………………………………………………………….
3. Nazwa stanowiska pracy .....................................................................................................
4. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych lub skierowanych 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) ...................................................................
5. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego lub opiekuna
* .......................................................................................................................................
* .......................................................................................................................................
* .......................................................................................................................................
* .......................................................................................................................................
1. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP – **uzupełnij każde pole. Pamiętaj! W przypadku uzupełnienia stanowiska pracy wymagania jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP nie mogą zostać zwiększone.**
2. minimalne wykształcenie (zaznacz):
* bez znaczenia
* zasadnicze zawodowe - podaj kierunek/specjalność: ..........................................
* średnie ogólnokształcące
* średnie zawodowe - podaj kierunek/specjalność: ................................................
* wyższe – podaj 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: ................................................................................................
4. System i rozkład czasu pracy (zaznacz właściwy):
	* jedna zmiana
	* dwie zmiany
	* trzy zmiany
	* inny (wpisz jaki) ..................................................................................................
5. Godziny pracy od ........................................... do ...............................................................
6. Tryb pracy (zaznacz właściwe):
* stacjonarna
* zdalna
* hybrydowa
1. Proponowana wysokość wynagrodzenia (wpisz kwotę miesięcznego wynagrodzenia brutto w zł): .........................................................................................................................
2. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia, o którym mowa w pkt II.2. wniosku, deklaruję dalsze zatrudnienie osób skierowanych przez PUP przez okres (wpisz ilu) ........................ miesięcy w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim) ...................

**UWAGA: Zgodnie z art. 69 Ustawy pierwszeństwo w skierowaniu przysługuje:**

1. bezrobotnym posiadającym Kartę Dużej Rodziny, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny,
2. bezrobotnym powyżej 50. roku życia,
3. bezrobotnym bez kwalifikacji zawodowych,
4. bezrobotnym niepełnosprawnym,
5. długotrwale bezrobotnym,
6. bezrobotnym i poszukującym pracy, będącym osobami do 30. roku życia,
7. bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.

Wobec tego, PUP w pierwszej kolejności będzie kierował do zatrudnienia przez Wnioskodawcę osoby należące do powyższych kategorii, spełniające warunki określone w pkt III.6. Wniosku.

# DANE DOTYCZĄCE STANU ZATRUDNIENIA U WNIOSKODAWCY

1. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: .............................
2. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku wynosi: ....................................................................................................
3. Zatrudnienie **w okresie 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wynosiło (uzupełnij poniższą tabelę):

| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba osób zatrudnionych ogółem | W tym według wymiaru czasu pracy  |
| --- | --- | --- | --- |
|
| 1/1etat | 1/2etatu | 1/4etatu | Inny:…….etatu |
| 1 |  |  |  |   |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

1. **W sytuacji zmniejszenia wymiaru czasu pracy i/lub rozwiązania zatrudnienia z pracownikiem w ciągu 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, wskaż:**
	1. liczbę osób: ……………………………………….…………………………………………
	2. przyczynę: ……………………………………………….…………………………………..
2. Przedstaw do wglądu PUP dokumenty dotyczące sytuacji, o których mowa w pkt 4, w tym świadectwa pracy osób, których zatrudnienie uległo rozwiązaniu.

# PODSUMOWANIE

Potwierdzam, że:

1. informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku oraz załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą,
2. zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
3. składając wniosek do Powiatowego Urzędu Pracy w Myślenicach wybieram go jako urząd wiodący w zakresie realizacji oferty pracy jaka będzie składana w ramach niniejszego wniosku.

Pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………..

# SPIS ZAŁĄCZNIKÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA WNIOSKU

1. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania.
2. 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.
3. Oświadczenie przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły ubiegającej się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy **– składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę A.**LUB
Oświadczenie producenta rolnego ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy – **składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę A**.
LUBOświadczenie przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, **o** której mowa w art. 154 ust. 2 lub 3 Ustawy – **składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę B lub C lub D.**LUBOświadczenie przedsiębiorstwa społecznego ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 2 pkt 2 Ustawy **– składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę C.**
4. Oświadczenie o niekaralności – **oświadczenie składa wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i** (w przypadku występowania) **osoby zarządzające wnioskodawcą**.
5. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
6. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy.
7. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie.
9. 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.
10. Umocowanie do reprezentowania Wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym.
11. 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 – **składasz jeżeli jesteś producentem rolnym.**

## Załącznik numer 1: Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania

Pieczęć Wnioskodawcy: ………………………………

| Lp. | Nazwastanowiska pracy | Wydatki związane ze stanowiskiem pracy | Źródło finansowania |
| --- | --- | --- | --- |
| WŁASNE kwota w złotych | OBCE |
| Kwotaw złotych**[[10]](#footnote-10)** | wpisz jakie |
| Wyszczególnienie wydatku | Kwota w złotych |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| X | Razem  | X |  |  |  | X |

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………..

## Załącznik numer 2: 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

Pieczęć Wnioskodawcy: ………………………………

PUP będzie oceniać 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 |

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: …………………………………………

## Załącznik numer 3: Oświadczenie przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły ubiegającej się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy – składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę A.

Myślenice, dn. ………..……………………………………….

Pieczęć Wnioskodawcy: ………………………………………

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

* 1. wykonuję działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe,
	2. ­nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia, w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
	3. nie zalegam z:
		1. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
		2. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
	4. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych,
	5. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

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

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

**Ponadto oświadczam, że:**

1. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), 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),
2. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,
3. 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),
4. 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.),
5. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną,
6. 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.

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

## Załącznik numer 3: Oświadczenie producenta rolnego ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 1 Ustawy - składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę A

Myślenice, dn. ………..……………………………………….

Pieczęć Wnioskodawcy: ………………………………………

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

1. posiadam gospodarstwo rolne lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
2. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku zatrudniałem w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy,
3. nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia, w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
4. nie zalegam z:
	* 1. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
		2. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
5. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych,
6. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

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

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

**Ponadto, oświadczam, że:**

1. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), 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) 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),
2. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,
3. 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.),
4. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis w rolnictwie, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną,
5. 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.

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

## Załącznik numer 3: Oświadczenie przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 2 lub 3 Ustawy – składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę B lub C lub D.

Myślenice, dn. ………..……………………………………….

Pieczęć Wnioskodawcy: ………………………………………

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

1. nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia, w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku lub w okresie swego funkcjonowania, w przypadku gdy wykonuję działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy,
2. nie zalegam z:
3. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
5. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych,
6. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

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

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

**Ponadto oświadczam, że:**

1. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), 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),
2. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,
3. 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),
4. 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.),
5. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną,
6. 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.

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

## Załącznik numer 3: Oświadczenie przedsiębiorstwa społecznego ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, o której mowa w art. 154 ust. 2 pkt 2 Ustawy – składasz jeżeli w pkt II.2 wniosku zaznaczyłeś literę C

Myślenice, dn. ………..……………………………………….

Pieczęć Wnioskodawcy: ………………………………………

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

1. ­nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia, w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku lub w okresie posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego, w przypadku gdy posiadam ten status krócej niż 6 miesięcy,
2. nie zalegam z:
3. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
5. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych,
6. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

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

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

**Ponadto oświadczam, że:**

1. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), 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),
2. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,
3. 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),
4. 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.),
5. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną,
6. zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach o wystąpieniu przesłanek powodujących zaprzestanie spełniania wymagań decydujących o posiadaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego oraz o utracie statusu przedsiębiorstwa społecznego,
7. 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.

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

## Załącznik numer 4: Oświadczenie o niekaralności Wnioskodawcy, osób reprezentujących Wnioskodawcę i (w przypadku występowania) osób zarządzających Wnioskodawcą.

Myślenice, dnia: ……………………………………

Imię i nazwisko: ……………………….

PESEL: …………………………………

Jestem (zaznacz właściwe):

* Wnioskodawcą.
* osobą reprezentującą Wnioskodawcę.
* osobą zarządzającą Wnioskodawcą.

Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem/nie byłam prawomocnie skazany/skazana za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilno-prawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

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

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie: …….………..………………………………

## Załącznik numer 5: Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

Myślenice, dnia: ……………………………………

Pieczęć Wnioskodawcy: …………………………..

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

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

* w okresie trzech minionych lat**[[11]](#footnote-11)** **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w okresie trzech minionych lat**[[12]](#footnote-12)** **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.

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: ……………………………………..………………………………

## Załącznik numer 6: Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych 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 PUP) 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 form pomocy dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
4. realizacji zadań przez PUP i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
5. realizacji zadań przez PUP 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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620) 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 pomocy 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 PUP lub na adres poczty elektronicznej: iod@praca.myslenice.pl.

Otrzymałam/em

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

## Załącznik numer 7 Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę

Myślenice, dnia: ………..………………………..

Pieczęć Wnioskodawcy: …………………………

**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. Ponadto nie stanowię oraz nie jestem powiązany z osobą prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji, który w ponad 50 % jest własnością publiczną lub jest pod kontrolą publiczną.

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 lub osoby upoważnionej do reprezentowania 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. W przypadku, gdy wnioskowana kwota refundacji jest mniejsza lub równa 4-krotności przeciętnego wynagrodzenia za pracę, Wnioskodawca zobowiązany jest utrzymać stanowisko pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy. W przypadku gdy wnioskowana kwota refundacji jest wyższa niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia, Wnioskodawca zobowiązany jest utrzymać stanowisko pracy przez okres co najmniej 18 miesięcy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nie może być niższe niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jak w przypisie numer 1. [↑](#footnote-ref-3)
4. Jak w przypisie numer 2. [↑](#footnote-ref-4)
5. Jak w przypisie numer 1. [↑](#footnote-ref-5)
6. Jak w przypisie numer 2. [↑](#footnote-ref-6)
7. Jak w przypisie numer 1. [↑](#footnote-ref-7)
8. Jak w przypisie numer 2. [↑](#footnote-ref-8)
9. to znaczy, czy ubiegasz się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej [↑](#footnote-ref-9)
10. Wnioskodawca, któremu **nie przysługuje** **prawo obniżenia podatku od towarów i usług** (dalej jako podatek VAT) należnego o kwotę podatku naliczonego, **ujmuje wydatki w kwotach brutto.**

Wnioskodawca, któremu **przysługuje** **prawo obniżenia podatku VAT** należnego o kwotę podatku naliczonego, **ujmuje wydatki w ramach wnioskowanej refundacji** **w kwotach netto**. [↑](#footnote-ref-10)
11. **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-11)
12. Zobacz przypis powyżej. [↑](#footnote-ref-12)