|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć wpływu | ...................................................................  Pieczątka wnioskodawcy  ...................................................................  Nr telefonu, faksu  ...................................................................  **e-mail** |
| Pozycja rejestru zgłoszeń  ............ / 2025 |

Wniosek należy złożyć **Starosta zduńskowolski**

w Powiatowym Urzędzie Pracy **za pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli**

w Zduńskiej Woli, ul. Getta Żydowskiego 4

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY KOSZTÓW WYPOSAŻENIA   
LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).

2. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 poz. 243 z późn. zm.).

3. 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. Rozporządzenia 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 24.12.2013r. str. 9 z późn.zm.).

5. Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. U. UE.L. z 28.06.2014, str.45).

6. Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 468).

**Wnioskuję o refundację kosztów wyposażenia / doposażenia …………. stanowisk/a pracy dla:**

* skierowanych bezrobotnych\*
* skierowanych poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej wymiar czasu pracy …..……………\*

**w kwocie ……..…………….….brutto/netto¹ na okres:**

* co najmniej 12 miesięcy\*
* co najmniej 18 miesięcy\*

\*właściwe zakreślić

**Pouczenie:**

1. Utrzymanie stanowiska pracy utworzonego w związku z wnioskowaną refundacją przez okres co najmniej 12 miesięcy uprawnia do ubiegania się o kwotę nie wyższą niż 4 krotność przeciętnego wynagrodzenia, a w przypadku utrzymania stanowiska przez okres co najmniej 18 miesięcy więcej niż 4 – krotność, jednak nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia.
2. Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z regulaminem warunków i trybu dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenie stanowiska pracy.
3. Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie. Preferowane wypełnione wnioski komputerowo.
4. **Oznaczenie Wnioskodawcy:**
5. Pełna nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej:

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

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

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania i adres do doręczeń:

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

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

1. Numer identyfikacyjny REGON:..............................................................................
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP:.......................................................................
3. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej: …………………………
4. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD):..............................................................................
5. Status VAT wnioskodawcy: zwolniony, czynny, niezarejestrowany (niepotrzebne skreślić).
6. Forma prawna prowadzonej działalności:

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

1. Adres miejsca wykonywania działalności:

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

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

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

1. Właściciele:

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

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

1. Imię i nazwisko osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy:

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

1. Forma rozliczeń z Urzędem Skarbowym:

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

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

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

1. **Informacje dotyczące planowanego zatrudnienia**
2. **Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia**…………………….…………….

**na stanowisku**……………………………………, **kod zawodu1**………..……..…

1. **Rodzaj umowy** (znakiem X proszę zaznaczyć wybrany wariant):

* na okres próbny
* na czas określony
* na czas nieokreślony

1. **Ogólny zakres obowiązków** (krótka charakterystyka czynności wykonywanych na wnioskowanym stanowisku, zakres obowiązków powinien być spójny z planowanymi zakupami):

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

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

1. **Miejsce wykonywania pracy** (dokładny adres):

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

W sytuacji konieczności uzupełnienia wolnego miejsca pracy na refundowanym stanowisku **dopuszczam / nie dopuszczam\*** możliwość zatrudnienia kandydata o kwalifikacjach niższych lub do przyuczenia, w przypadku braku w ewidencji osób spełniających wymagania wskazane w załączonej krajowej ofercie pracy do niniejszego wniosku na dane stanowiska.

**\*niewłaściwe skreślić**

1. **Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji:**

(znakiem X proszę zaznaczyć wybrany wariant):

* poręczenie
* weksel z poręczeniem wekslowym (awal)
* gwarancja bankowa
* zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach
* blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika
* weksel in blanco

**Przy zabezpieczeniu w formie weksla in blanco lub aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika konieczne jest wskazanie dodatkowego zabezpieczenia spośród wyżej wymienionych.**

1. Zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/>
2. **Dane dotyczące przedmiotu refundacji**
3. **Szczegółowa specyfikacja wydatków**

Szczegółowa specyfikacja wydatków do wnioskowanych stanowisk pracy,w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, przedmiotów niezbędnych i ściśle związanych z tworzonym stanowiskiem pracy, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii **(dokument należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska).**

Nazwa stanowiska:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakupy niezbędne do utworzenia stanowiska pracy** | **Kwota wnioskowana w ramach refundacji brutto/netto\*\*** | **Kwota środków własnych\***  **brutto/netto\*\*** | **Przewidywany termin zakupu** |
|  |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  | **OGÓŁEM** | brutto/netto\*\* | brutto/netto\*\* |  |

**\* Kwota środków własnych musi być udokumentowana dowodami zakupu wraz ze złożeniem rozliczenia kosztów poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w ramach przyznanej kwoty refundacji.**

\*\*Podać kwotę **brutto,** jeśli wnioskodawca **nie jest płatnikiem VAT.**

Podać kwotę **netto,** jeśli wnioskodawca **jest płatnikiem VAT.**

1. **Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie stanowisk pracy** | **Źródła finansowania** | | | **Razem koszt w zł**  brutto/netto\*\* |
| **środki z FP w zł**  brutto/netto\*\* | **środki własne w zł**  brutto/netto\*\* | **inne źródła w zł**  brutto/netto\*\* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | |  |  |  |  |

\*\*Podać kwotę **brutto,** jeśli wnioskodawca **nie jest płatnikiem VAT.**

Podać kwotę **netto,** jeśli wnioskodawca **jest płatnikiem VAT.**

**Refundacja nie może być udzielona w zakresie:**

1. kosztów transportu, dostawy lub przesyłki za dokonany zakup;
2. zakupu i montażu klimatyzacji, alarmu, monitoringu;
3. wydatków dotyczących kosztów budowy, adaptacji i remontów;
4. zakupu samochodów osobowych, chyba, że konieczność zakupu samochodu w sposób oczywisty pozostaje w związku z tworzonym miejscem pracy (np. taxi, auto szkoła, usługi pocztowe i kurierskie, przedstawiciel handlowy)
5. zakup środków od współmałżonka, osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym oraz od osób spokrewnionych z wnioskodawcą i jego współmałżonkiem, tj. rodziców, dziadków, dzieci i rodzeństwa;
6. zakupu środków od podmiotów gospodarczych lub od osób prawnych, których wnioskodawca ubiegający się o refundacje jest właścicielem, współwłaścicielem, udziałowcem lub osobą zarządzającą;
7. wydatków na których finansowanie wnioskodawca otrzymał wcześniej środki publiczne.
8. **Uzasadnienie konieczności dokonania zakupów pod kątem wyposażenia/doposażenia\* stanowiska pracy i rodzaju prac (w formie: nr poz. – krótkie uzasadnienie).**

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

**\*niepotrzebne skreślić**

.

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

Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

1. **Informacja o stanie zatrudnienia**

**1. Informacja o stanie zatrudnienia - dotyczy przedsiębiorcy, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej formy wychowania przedszkolnego oraz niepublicznej szkoły**

* Stan zatrudnienia¹ **na dzień składania wniosku** wynosi ogółem ………………… osób, w przeliczeniu na pełen etat ……............... osób.
* Stan zatrudnienia[[1]](#footnote-1):

**-w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku** zatrudnienie przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień, miesiąc - rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników ogółem** | **Liczba pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** | **Liczba pracowników z którymi został rozwiązany stosunek pracy** | **Liczba pracowników, którym zmniejszono wymiar czasu pracy** | **Przyczyna oraz podstawa prawna rozwiązania umowy lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy** |
| **1.** | **Od dnia ……2025** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **….2025** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **….2025** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Do dnia …... 2025** |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika 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 stanu zatrudnienia w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

………….…..…………………………………

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Wniosek nie może być przez starostę uwzględniony** w przypadku, gdy wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy pracownika i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn nie uzupełnił wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

**2. Informacja o stanie zatrudnienia - dotyczy producentów rolnych**

* + Stan zatrudnienia **na dzień składania wniosku** wynosi ogółem ……………. osób, w przeliczeniu na pełen etat ……............... osób.
  + Stan zatrudnienia:

**-w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku** zatrudnienie przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień, miesiąc - rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników ogółem** | **Liczba pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** | **Liczba pracowników z którymi został rozwiązany stosunek pracy** | **Liczba pracowników, którym zmniejszono wymiar czasu pracy** | **Przyczyna oraz podstawa prawna rozwiązania umowy lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy** |
| **1.** | **Od dnia ……2025** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **.….2025** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Do dnia …... 2025** |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika 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 stanu zatrudnienia. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

…….….……………………….……….…

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Wniosek nie może być przez starostę uwzględniony:**

1. w przypadku, gdy w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu producent rolny nie zatrudnia co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy;
2. w przypadku, gdy wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy pracownika i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn nie uzupełnił wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

**3. Informacja o stanie zatrudnienia - dotyczy żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne**

* Stan zatrudnienia **na dzień składania wniosku** wynosi ogółem ……………. osób, w przeliczeniu na pełen etat ……............... osób.
* Stan zatrudnienia:

**- w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku** zatrudnienie przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień, miesiąc - rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników ogółem** | **Liczba pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** | **Liczba pracowników z którymi został rozwiązany stosunek pracy** | **Liczba pracowników, którym zmniejszono wymiar czasu pracy** | **Przyczyna oraz podstawa prawna rozwiązania umowy lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy** |
| **1.** | **Od dnia ……2025** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **….2025** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **….2025** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **…..2025** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **….2025** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Do dnia …... 2025** |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika 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 stanu 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.

….…………………………………………

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Wniosek nie może być przez starostę uwzględniony** w przypadku gdy wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy pracownika i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn nie uzupełnił wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku lub w okresie swego funkcjonowania, w przypadku gdy wykonuje działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy.

**Wnioski wypełnione nieczytelnie bądź nie zawierające kompletu załączników nie będą rozpatrywane.**

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. **Kserokopia umowy spółki cywilnej** (jeśli dotyczy).
2. **Dokumenty potwierdzające przyczynę zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.**
3. **Zaświadczenie o numerze rachunku bankowego konta firmowego.**
4. **Kserokopię upoważnienia osoby reprezentującej wnioskodawcę** (jeśli dotyczy).
5. **Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 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 producentów rolnych.
6. **Zgłoszenie krajowej oferty pracy** (załącznik nr 1).
7. **Oświadczenie** (załącznik nr 2) dotyczy osoby fizycznej oraz wspólników spółki cywilnej
8. **Oświadczenie (**załącznik nr 3) **-** dotyczy Podmiotów, Przedszkoli i Szkół.
9. **Oświadczenie** (załącznik nr 3a) **-** dotyczy Producentów Rolnych.
10. **Oświadczenie** (załącznik nr 3b) **-** dotyczy żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.
11. **Oświadczenie** (załącznik nr 4).
12. **Oświadczenie** (załącznik nr 5).
13. **Oświadczenie** (załącznik nr 6).
14. **Oświadczenie o innej pomocy publicznej** (załącznik nr 7).
15. **Zaświadczenia lub oświadczenie o otrzymanej pomocy publicznej de minimis** (załącznik nr 8).

**•** w przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, należy uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.**

**Opinia doradcy zawodowego/doradcy ds. zatrudnienia:**

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

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

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

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

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

…………………………………………………………………..…………..…..

(data, podpis i pieczęć doradcy zawodowego/doradcy ds. zatrudnienia)

**Decyzja osoby upoważnionej:**

**- nie wyrażam zgody\***

**-** **wyrażam zgodę** \*

na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

dla .................. skierowanej(ych) osoby(ób) w wysokości .......................................................

\* niepotrzebne skreślić

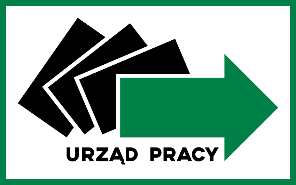
Dodatkowe uwagi:

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

…………………………………………..………

(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 1**

****

**Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli**

**ul. Getta Żydowskiego 4**

**98-220 Zduńska Wola**

**tel. 43 823 23 27 wew. 256**

**posrednictwo@zdunskawola.praca.gov.pl**

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** | | | | | | |
| **1. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy (osoby fizycznej):**  ......................................................................................................................  ...................................................................................................................... | | | | | **2. NIP / PESEL** *(dot. osoby fizycznej)****:***  ................................................................. | **3. REGON:**  ................................................................. |
| **4. Forma prawna prowadzonej działalności:** ………………………...……….......... | **5. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | |
| **6. Adres pracodawcy:**  **kod pocztowy** ............................................................................................  **ulica** .................................................................  **nr**  ...................................  **miejscowość** ................................................................................................  **nr telefonu / faksu** ......................................................................................  **e-mail** ..........................................................................................................  **strona internetowa** ....................................................................................  **adres do e-doręczeń:** ................................................................................. | | | | |
| **7. Dane pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów:**  **imię i nazwisko** ………………………………………………………………………  **telefon** ………………………………………………………………………………...  **e-mail** …………………………………………………………………………………  **preferowana forma kontaktu: osobiście / telefon / e-mail**  **inny** …………………………………………………………………………………... | |
| **8. Liczba zatrudnionych pracowników:** ……………………………... | **9. Pracodawca jest agencją zatrudnienia:**  TAK / NIE  Nr KRAZ …………………….. | | | **10. Czy w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy:**  - zostałem(am) prawomocnie ukarany(a) za wykroczenie lub prawomocnie skazany(a) za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy TAK / NIE  - jest objęty(a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy TAK / NIE | | |
| **DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO STANOWISKA PRACY** | | | | | | |
| **11. Nazwa i kod zawodu:**  ..........................................................   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | | | **12. Nazwa stanowiska:**  ……………...…………………………………………………... | | **13. Ogólny zakres obowiązków:**  ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................... | |
| **14. Liczba wolnych miejsc pracy:**  **w tym dla osób niepełnosprawnych:**  **Wnioskowana liczba kandydatów:** | | | | |
| **15. Czy oferta jest ofertą pracy tymczasowej?** TAK / NIE | | **16. Data rozpoczęcia pracy:** ………………….…………….. | | |
| **17. Miejsce wykonywania pracy:**  …………….………………………………………………………………….  ……………….……………………… | | **18. Wymiar czasu pracy:**  *(w przypadku umowy cywilnoprawnej określić liczbę godzin w miesiącu lub tygodniu)* ........................................................... | | | **19. Rodzaj umowy:**  umowa o pracę na czas nieokreślony  umowa o pracę na czas określony na okres ……………………………………..  umowa o pracę na okres próbny na okres ………………………………………  umowa zlecenie na okres ………………………………………………………..  umowa o pracę na zastępstwo  inna *(jaka?)* ........................................................................................................... | |
| **20. System wynagradzania:**  miesięczny, godzinowy, akordowy, prowizyjny, inny *(jaki?)*  ............................................................. | | **21. Wysokość wynagrodzenia:**  *(brutto)*  …………...……………………………………………………... | | | **22. System i rozkład czasu pracy:**  jedna zmiana, dwie zmiany, trzy zmiany, ruch ciągły, inny *(jaki?)*  ................................................................ | **23.** **Godziny pracy:**  .................................................................  Praca w dni wolne: TAK / NIE |
| **OCZEKIWANIA PRACODAWCY WOBEC KANDYDATÓW DO PRACY** | | | | | | |
| **24. Poziom wykształcenia**:  brak lub niepełne podstawowe / podstawowe / gimnazjalne  zasadnicze zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe  wyższe (w tym licencjat)  **kierunek / specjalność:** .............................................................................. | | | | | **25. Umiejętności:**  ………….............................................................................................................................................................................................................................................................. | |
| **26. Doświadczenie zawodowe:** *( zawód - staż)*  …………………………………………………………………….............……..…… | |
| **27. Uprawnienia:**  .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. | | | | | **28. Znajomość języków obcych:** (*nazwa języka / poziom znajomości)*  ……………………………………………………………………….…....……..…… | |
| **29**. **Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG:**  NIE / TAK ***(****których)* …………………………………………………………….. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z OFERTĄ** | |
| **30. Okres aktualności oferty:**  ................................................................................................................ | **31. Częstotliwość kontaktów PUP z osobą wskazaną przez pracodawcę:**  wg potrzeb, raz w tygodniu, raz na 2 tygodnie, raz na miesiąc, inna …………...………… |
| **32. Czy PUP w Zduńskiej Woli jest PUP wiodącym w zakresie realizacji oferty pracy:** TAK / NIE | **33. Forma upowszechnienia oferty pracy:**  **zawiera** dane umożliwiające identyfikację pracodawcy (oferta otwarta)  **nie zawiera** danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (oferta zamknięta) |
| **34. Czy pracodawca wybiera dodatkowe powiatowe urzędy pracy odpowiedzialne za realizację oferty pracy:**  NIE / TAK*(które*) …………………………………………………………………..…..… |
| **35. Upowszechnienie oferty w wybranych krajach EOG:** *(w przypadku odpowiedzi twierdzącej* *wypełnić załącznik nr 1*)  NIE / TAK(*których)* ............................................................................................................ |
| **36. Pracodawca oczekuje organizacji giełdy pracy / pomocy w doborze kandydatów?** TAK / NIE | |

1. Pracodawca w zgłoszeniu oferty pracy wybiera **PUP wiodący** w zakresie realizacji oferty pracy, właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo inny wybrany przez siebie PUP.
2. Pracodawca poza wybraniem PUP wiodącego może **wybrać dodatkowe PUP** odpowiedzialne za realizację oferty pracy, w szczególności, jeżeli miejscem wykonywania pracy określonym w ofercie pracy jest województwo lub teren całego kraju.
3. Pracodawca, zgłaszając ofertę pracy do ePracy, **może nie wyrazić zgody** na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających jego identyfikację przez osoby niezarejestrowane, w tym osoby bierne zawodowo. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, oferta może być udostępniona w pełnym zakresie bezrobotnym lub poszukującym pracy, którzy spełniają wymagania określone w tej ofercie.
4. PUP wiodący odpowiada **za weryfikację**, czy oferta pracy nie narusza zasad równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy lub dyskryminują kandydatów do pracy.
5. PUP **może nie wprowadzić** oferty pracy do ePracy, jeżeli **pracodawca w okresie 365 dni** przed dniem zgłoszenia oferty pracy został prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy lub w innych uzasadnionych przypadkach.
6. PUP wiodący w ramach weryfikacji pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy może pozyskać:
   1. z systemu teleinformatycznego **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** dane, o których mowa w art. 50 ust. 14a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w celu ustalenia, czy pracodawca ma zaległości z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o ile był obowiązany do ich opłacania;
   2. od organów **Krajowej Administracji Skarbowej** informacje o zaległościach podatkowych pracodawcy;
   3. z systemu teleinformatycznego **Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego** informacje o zaległościach pracodawcy z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
7. W przypadku stwierdzenia zaległości, PUP wiodący rozstrzyga, czy są one wystarczające do odmowy publikacji oferty pracy w ePracy.
8. W przypadku braku w zgłoszeniu krajowej oferty pracy danych wymaganych powiatowy urząd pracy niezwłocznie powiadamia pracodawcę krajowego o konieczności uzupełnienia zgłoszenia i w razie potrzeby pomaga pracodawcy w uzupełnieniu zgłoszenia. Nieuzupełnienie przez pracodawcę krajowego zgłoszenia w terminie do 7 dni od dnia powiadomienia powoduje, że oferta pracy nie jest przyjmowana do realizacji przez powiatowy urząd pracy.
9. **Odmowa publikacji oferty** pracy w ePracy przez PUP wymaga przekazania pracodawcy **pisemnego uzasadnienia.**
10. **Pracodawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia PUP w przypadku utraty aktualności oferty pracy**.
11. Pracodawca, który zgłosił ofertę pracy do ePracy, otrzymuje informację o dopasowanych do tej oferty pracy życiorysach zawodowych bezrobotnych, poszukujących pracy i osób niezarejestrowanych, w tym osób biernych zawodowo – o ile osoby te wyraziły zgodę na przekazanie takiej informacji. Wyrażając zgodę bezrobotny, poszukujący pracy i osoba niezarejestrowana, w tym osoba bierna zawodowo, określa zakres przekazywanych danych.

**Podstawa prawna:**

1. *Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. z 2025 r., poz. 620),*
2. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (*Dz.U. 2014 poz. 667).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach.

................................................................................. ............................................................................................... *miejscowość, data podpis osoby składającej ofertę pracy*

**Klauzula informacyjna dla pracodawców w zakresie ofert pracy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty e-mail kierując wiadomość na adres: [sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl](mailto:sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl).

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: [iod@zdunskawola.praca.gov.pl](mailto:iod@zdunskawola.praca.gov.pl).

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest realizacja składanych ofert pracy.

W związku z powyższym Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie przepisów prawa, w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, które określa Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy.

W ramach określonych celów przetwarzania nie występuje profilowanie. Państwa dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt. Jednocześnie informujemy, że

Odbiorcami Państwa danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące nadzór nad oprogramowaniem przetwarzającym dane, w tym podmiotom świadczącym obsługę poczty elektronicznej. Dane nie będą transferowane poza Polskę. Podanie danych jest dobrowolne, jednak brak danych uniemożliwia realizacje celu.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem na powyższe dane kontaktowe.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**Oświadczenie osoby fizycznej prowadzącej działalność zgodnie z CEiDG oraz wspólników spółki cywilnej**

1. **W przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność zgodnie z CEiDG\***

Imię i nazwisko właściciela.............................................................................................

Adres miejsca zamieszkania..........................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL...................................................................................................

1. **W przypadku spółki cywilnej\***

Imię i nazwisko właściciela.............................................................................................

Adres miejsca zamieszkania..........................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL...................................................................................................

Imię i nazwisko właściciela.............................................................................................

Adres miejsca zamieszkania..........................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL...................................................................................................

Imię i nazwisko właściciela.............................................................................................

Adres miejsca zamieszkania..........................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL...................................................................................................

1. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym, a załączniki dołączone do wniosku będące kopią oryginalnego dokumentu są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zapoznałem/am się z treścią regulaminu warunków i trybu dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

.

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

Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**\***właściwe wypełnić

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**(dotyczy, przedsiębiorcy, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej formy wychowania przedszkolnego oraz niepublicznej szkoły**

**przedszkoli i szkół)**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:

1. **przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem działalność gospodarczą, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formie wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.**
2. **nie zalegam / zalegam\*** z 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 wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
3. **nie zalegam / zalegam\*** z 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;
6. nie byłem ukarany karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
7. spełniam warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r.;
8. **w okresie ostatnich 6 miesięcy 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 stanu zatrudnienia;**
9. spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w spawie szczegółowych warunków i trybu dokonywania refundacji ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.

.………………….………...…….................………

Podpis i pieczęć Podmiotu, Przedszkola lub Szkoły

**\***niepotrzebne skreślić lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**ZAŁĄCZNIK NR 3 a**

**(dotyczy producentów rolnych)**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:

1. **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 fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;**
2. **nie zalegam / zalegam\*** z 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 wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
3. **nie zalegam / zalegam\*** z 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;
6. nie byłem ukarany karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
7. spełniam warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 18 grudnia 2023 r.;
8. **w okresie ostatnich 6 miesięcy 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 stanu zatrudnienia;**
9. spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w spawie szczegółowych warunków i trybu dokonywania refundacji ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.

….……………………………….………………

Podpis i pieczęć Producenta Rolnego

\*niepotrzebne skreślić lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**ZAŁĄCZNIK NR 3 b**

**(dotyczy żłobka, klubu dziecięcego**

**i podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:

1. **nie zalegam / zalegam\*** z 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 wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
2. **nie zalegam / zalegam\*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
3. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
4. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. nie byłem ukarany karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
6. spełniam warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r.;
7. **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 stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania, w przypadku gdy wykonuję działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy;**
8. spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w spawie szczegółowych warunków i trybu dokonywania refundacji ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.

……………………………………………………………

Podpis i pieczęć Żłobka lub Klubu Dziecięcego

**\***niepotrzebne skreślić lub Podmiotu Świadczącego Usługi Rehabilitacyjne

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

Zduńska Wola, dnia……………..

Imię i nazwisko:……………………………………….

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam że jestem (zaznaczyć właściwe):**

* Wnioskodawcą
* Osobą reprezentującą wnioskodawcę
* Osobę 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.

**…………………….……………………**

Podpis osoby składającej oświadczenie

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

Zduńska Wola, dnia ……………..…..

………………………...

Pieczęć Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE**

W związku z USTAWĄ z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2025 poz. 514) **oświadczam, iż:**

* **jestem / nie jestem** wpisany na listę sankcyjną;
* **jestem / nie jestem** związany/a z osobami lub podmiotami względem, których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych[[2]](#footnote-2)\*.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Zduńskiej Woli o zmianie stanu faktycznego mając świadomość mojej ewentualnej odpowiedzialności w przypadku zaniedbania powołanego powyżej obowiązku.

…………………………….……………….. Podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

\* niepotrzebne skreślić

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

Zduńska Wola, dnia …………….

………………………...

Pieczęć Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE**

1. Zobowiązuję się zatrudnić skierowaną osobę przez okres co najmniej 18 miesięcy a w przypadku przyznania refundacji w kwocie nie wyższej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia co najmniej przez 12 miesięcy tj. okres trwania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanej osoby.
2. Deklaruję, że po wymaganym okresie zatrudnienia zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia osób na umowę o pracę w pełnym/niepełnym wymiarze czasu pracy ……..……… (jeśli niepełnym podać jakim) przez okres co najmniej …………… m-cy (minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 3 miesiące).
3. Zostałem/łam poinformowany/na, że w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy nie mogę zmniejszyć wymiaru czasu pracy pracownika i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn uzupełnię wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia.

….……………………………..………

Podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

Zduńska Wola, dnia ………………

………………………………………

Pieczęć Wnioskodawcy

**Oświadczenie**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:

**otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy publicznej | Podmiot udzielający pomoc publiczną | Podstawa prawna otrzymanej pomocy publicznej | Numer programu pomocowego, decyzji albo umowy | Forma pomocy publicznej | Wartość otrzymanej pomocy publicznej | | | | Przeznaczenie pomocy publicznej |
| brutto | | netto | |
| zł | euro | zł | euro |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………………

Podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**ZAŁĄCZNIK NR 8**

Zduńska Wola dnia....................................

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

Pieczęć Wnioskodawcy

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości otrzymanej pomocy de minimis**

**Oświadczam**, **że w ciągu trzech minionych lat otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)\* pomoc(y) de minimis. W przypadku otrzymania pomocy de minimis wnioskodawca wypełnia poniższe oświadczenie:**

1. **Oświadczam,** że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am**) pomoc de minimis na podstawie 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 (t.j. Dz. Urz. UE. L. 2023/2831 z 15.12.2023) w łącznej kwocie ........................... co stanowi ……………… euro.

2. **Oświadczam**, że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am**) pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem 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 (t.j. Dz. Urz. UE. L. 352 z 24.12.2023, str. 9, z późn.zm.) w łącznej kwocie ........................... co stanowi ……………… euro.

3. **Oświadczam**, że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am**) pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (t.j. Dz. Urz. UE L. 190 z 2806.2014, str.45) w łącznej kwocie .......................................co stanowi ……………… euro.

………………………………………………… Podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

\* niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty e-mail kierując wiadomość na adres: sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl.

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem [iod@zdunskawola.praca.gov.pl](mailto:iod@zdunskawola.praca.gov.pl)

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **przyznawanie środków w ramach Funduszu Pracy na podjęcie działalności gospodarczej, refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**. W związku z powyższym Państwa dane osobowe są przetwarzane w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) oraz e) RODO, na podstawie przepisów prawa, które określa Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej. W zakresie udzielanej pomocy de minimis podstawę prawna określa Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis. Ponadto w przypadku przyznania wnioskowanej pomocy Państwa dane będą przetwarzane na podstawie zawartej umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.

W ramach określonego celu nie występuje profilowanie, przy czym Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą transferowane poza Polskę. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

Państwa dane będą przetwarzane przez okres 10 lat w związku z realizacją ciążących na Administratorze oraz zgodnie z przepisami prawa, przy czym odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące nadzór nad oprogramowaniem przetwarzającym dane, w tym podmioty świadczące obsługę poczty elektronicznej.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.  
 Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem na powyższe dane kontaktowe.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuję Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. **Osoby, które należy wykazać to:**

   - osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru lub mianowania, w tym osoby zatrudnione przy pracach interwencyjnych i robotach publicznych finansowanych z Funduszu Pracy;

   - osoby młodociane pracujące na podstawie umowy o pracę, a nie w celu przygotowania zawodowego;

   - osoby przebywające za granicą na podstawie delegacji służbowej.

   **Nie uwzględnia się osób:**

   - wykonujące pracę nakładczą;

   - osoby korzystające z urlopów bezpłatnych i wychowawczych w wymiarze powyżej 3 miesięcy nieprzerwanie oraz osób przebywających na świadczeniach rehabilitacyjnych.;

   - osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło. [↑](#footnote-ref-1)
2. Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie BIP MSWiA. Lista sankcyjna dostępna jest pod linkiem: [https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami%20).

   Informację o tym, czy dany podmiot należy w ponad 50% do obywateli rosyjskich lub czy działa w imieniu i pod kierunkiem obywatela rosyjskiego, znaleźć można w Centralnym Rejestrze Beneficjentów Rzeczywistych (<https://crbr.podatki.gov.pl/>). Beneficjent rzeczywisty, w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U.2025 poz.644) to każda osoba fizyczna: sprawująca bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad podmiotem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez podmiot, lub; w imieniu której są nawiązywane stosunki gospodarcze lub jest przeprowadzana transakcja okazjonalna.

   Dodatkowo istnieje możliwość przeprowadzenia przedmiotowej weryfikacji również z użyciem np. Rejestru.io (<https://rejestr.io/>) [↑](#footnote-ref-2)