|  |  |
| --- | --- |
| *Pieczęć wpływu* | *............................................................**Pieczątka pracodawcy lub przedsiębiorcy**...............................................................**Nr telefonu, faksu**................................................................* ***e-mail*** |
| *Pozycja rejestru zgłoszeń**............ / 2023* |

 **Starosta zduńskowolski**

*Wniosek należy złożyć* **za pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli**

*w Powiatowym Urzędzie Pracy*

*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 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2023 r., poz. 735).

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).

3. Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020 r. str. 3).

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 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019 r. str. 1).

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 2023 r. poz. 702).

**Wnioskuję o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów**

 wyposażenia \*

 doposażenia \*

stanowisk pracy…………………………, **w kwocie brutto**........................................zł

 (liczba miejsc)

* skierowanych bezrobotnych \*
* poszukujących pracy absolwentów\*
* opiekunów\* – wymiar czasu pracy ……………………………. \*właściwe zakreślić

**Pouczenie:**

1. Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z regulaminem warunków i trybu dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenie stanowiska pracy.
2. Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie. Preferowane wypełnione wnioski komputerowo.
3. **Oznaczenie Podmiotu, Przedszkola, Szkoły, Producenta Rolnego, Żłobka lub Klubu Dziecięcego lub Podmiotu Świadczącego Usługi Rehabilitacyjne**
4. **Pełna nazwa przedsiębiorstwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej:**

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

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

1. **Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania:**

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

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

1. **Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON jeżeli został nadany:**..........................................................................................................
2. **Numer identyfikacji podatkowej NIP:**............................................................................................
3. **Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej: …………………………..**.................
4. **Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją**

**Działalności (PKD):**..........................................................................................................................

1. **Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:**

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

1. **Miejsce prowadzenia działalności:**

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

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

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

1. **Właściciele:**

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

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

1. **Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby reprezentującej wnioskodawcę (w przypadku działania pełnomocnika należy wskazać czynności do których jest upoważniony):**

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

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.

 …………………..…………………

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**\*niewłaściwe skreślić**

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

(znakiem X proszę zaznaczyć wybrany wariant):

* poręczenie cywilne
* weksel z poręczeniem wekslowym (awal)
* gwarancja bankowa
* zastaw na prawach lub rzeczach
* blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika
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** | **Kwota środków własnych\*** | **Przewidywany termin zakupu** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
|  | **OGÓŁEM** |  |  |  |

* + **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.**

 ………………….……………....

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

 lub osoby uprawnionej do reprezentowania

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

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

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

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

 lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Refundacja może być przeznaczona 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.

**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, chyba że konieczność zakupu samochodu w sposób oczywisty pozostaje
w związku z tworzonym miejscem pracy (tj. taxi, auto szkoła, usługi pocztowe i kurierskie, przedstawiciel handlowy). W przypadku tworzenia stanowiska pracy kierowcy i konieczności zakupu samochodu będzie on możliwy tylko po uwzględnieniu szczegółowego uzasadnienia celowości jego zakupu,
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. **Uzasadnienie konieczności dokonania zakupów pod kątem wyposażenia/ doposażenia\* stanowiska pracy i rodzaju prac (w formie: nr poz. – krótkie uzasadnienie).**

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

**\*niepotrzebne skreślić**

1. **Informacja o stanie zatrudnienia**

**1. Informacja o stanie zatrudnienia - dotyczy podmiotów, przedszkoli i szkół**

* 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 ……2022** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **…..2023** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **…..2023** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Do dnia …... 2023** |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

…..…………………………………

Podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Wniosek nie może być przez starostę uwzględniony** w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika lub rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole lub szkołę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników 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 ……2022** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **…..2023** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **…..2023** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Do dnia …... 2023** |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

 ………………………………………

Podpis 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 zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika lub rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

**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 ……2022** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **…..2023** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **…..2023** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **….2023** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Do dnia …... 2023** |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenia fałszywego oświadczenia i oświadczam, że nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

…………………………………

Podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Wniosek nie może być przez starostę uwzględniony** w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika lub rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

**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*

**Opinia doradcy klienta:**

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

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

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

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

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

Data .............................................. ……………………………………

 (podpis i pieczęć doradcy klienta)

**Decyzja osoby upoważnionej:**

 **-**  **nie wyrażam zgody\***

 - **wyrażam zgodę** \* na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

dla ........................ skierowanych osób w wysokości ............................................................

\* niepotrzebne skreślić

Dodatkowe uwagi:

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

Data .............................................. ……..….......…………………………….

 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

**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 Podmiotów, Przedszkoli i Szkół.
8. **Oświadczenie** (załącznik nr 2a) **-** dotyczy Producentów Rolnych.
9. **Oświadczenie** (załącznik nr 2b) **-** dotyczy żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.
10. **Oświadczenie** (załącznik nr 3).
11. **Oświadczenie** (załącznik nr 4).
12. **Oświadczenie** (załącznik nr 5).
13. **Oświadczenie o innej pomocy publicznej** (załącznik nr 6).
14. **Oświadczenie o otrzymanej pomocy publicznej de minimis** (załącznik nr 7).

**•** 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.**

**W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zobowiązuję się do:**

Przedłożenia zaświadczeń z ZUS i Urzędu Skarbowego o braku zaległości wobec tych instytucji *(opatrzone datą nie starszą niż 30 dni wstecz liczoną od dnia przedstawienia zaświadczenia).*

……….……………............………

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**INFORMACJE DLA PODMIOTÓW BĘDĄCYCH PRZEDSIĘBIORCAMI**

1. **Refundacja ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy stanowi pomoc de minimis, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.**
2. **Refundacji nie udziela się, jeżeli łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, spowoduje przekroczenie dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy.**

 **ZAŁACZNIK NR 1**



 **Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli**

 **ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** |
| **1. Nazwa pracodawcy:**.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | **2. NIP:** ........................................................................................................................................... |
| **3. REGON:** .......................................................................................................................................... |
| **4. Adres pracodawcy:****miejscowość** ........................................................................................**ulica** .................................................................  **nr**  ...........................**kod pocztowy** ......................................................................................**gmina** ...................................................................................................**nr telefonu / faksu** ..............................................................................**e-mail** ..................................................................................................**strona internetowa** ............................................................................. | **5. Forma prawna prowadzonej działalności:** **osoba fizyczna** **spółka** ....................................................................................................................... **inna** .......................................................................................................................... |
| **6. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:**  |
| **7. Liczba zatrudnionych pracowników:**  |
| **8. Dane osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów:****imię i nazwisko** ………………...............………………................…**telefon** .................................................................................................**e-mail** ...................................................................................................**preferowana forma kontaktu: osobiście / telefon / e-mail** **inny** ......................................................................................................  | **9. Informacja pracodawcy:** **nie zostałem** / **zostałem** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy lub  **nie jestem** / **jestem** objęty postępowaniem w tej sprawie, **nie jestem**  / **jestem** agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej. Nr KRAZ ................................................................................................... |
| **DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO STANOWISKA PRACY** |
| **10. Nazwa i kod zawodu:**............................................................................................................. | **11. Nazwa stanowiska:**………………………………….......................................................................................................................................................................................................................................... |
| **12. Liczba wolnych miejsc pracy:**  **w tym dla osób niepełnosprawnych:**   | **13. Liczba osób, która ma zostać skierowana do pracodawcy krajowego:**  |
|  **14. Ogólny zakres obowiązków:**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **15. Miejsce wykonywania pracy:**………………………………………………………………………………………………………......................... | **16. Rodzaj umowy:** na czas nieokreślony na czas określony okres próbny umowa zlecenie  inna *(jaka?)* .......................................................... | **17. System i rozkład czasu pracy:** jedna zmiana dwie zmiany trzy zmiany ruch ciągły inny *(jaki?)* ......................................................... | **18. System wynagradzania:** czasowy ze stawką miesięczną czasowy ze stawką godzinową akordowy prowizyjny inny *(jaki?)*................................................................. |
| **19. Data rozpoczęcia pracy:**............................................................. | **21. Wymiar czasu pracy:** *(np. pełny, 1/2 etatu, w przypadku umowy cywilnoprawnej określić liczbę godzin w miesiącu lub tygodniu)*.......................................................... | **22.** **Godziny pracy:**.......................................................... | **24. Czy oferta jest ofertą pracy tymczasowej w rozumieniu art. 19g ustawy? (***wypełniają agencje zatrudnienia )* ***Art. 19g.*** *W**dokumentach, ogłoszeniach* *i**ofertach agencja zatrudnienia jest**obowiązana umieszczać numer wpisu do rejestru, a ogłaszane oferty pracy do wykonywania pracy tymczasowej oznacza się jako „oferty pracy tymczasowej”.* **TAK** / **NIE** |
| **20. Okres zatrudnienia:**............................................................. | **23. Wysokość wynagrodzenia:** *(brutto)*…………………………………...... |

|  |
| --- |
| **OCZEKIWANIA PRACODAWCY WOBEC KANDYDATÓW DO PRACY** |
| **25. Poziom wykształcenia**: bez znaczenia podstawowe / gimnazjalne zasadnicze zawodowe średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe wyższe (w tym licencjat)**kierunek / specjalność:** ..................................................................................... | **26. Umiejętności:**…………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **27. Doświadczenie zawodowe:** *( zawód - staż)*……………………………………………………………………....……..……............................................................................................................................................................................................................................................................ | **28. Uprawnienia:**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **29. Znajomość języków obcych:** (*nazwa języka / poziom znajomości)**.............................*……………………………………...........................…….................................................................................................................................................................................................................................................................. | **30**. **Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG:**  **NIE**  **TAK** (z *których)* ............................................................................................................................................................................................................................... |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z OFERTĄ** |
| **31. Okres aktualności oferty:**............................................................................................................................ | **32. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę:**................................................................................................................................. |
| **33. Czy oferta jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju:** **TAK** / **NIE***Pracodawca posiada możliwość zgłoszenia oferty wyłącznie do jednego urzędu pracy właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy lub miejsce wykonywania pracy lub innego wybranego przez siebie urzędu.* | **34. Forma upowszechnienia oferty pracy:** **zawiera** dane umożliwiające identyfikację pracodawcy (oferta otwarta) **nie zawiera** danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (oferta zamknięta) |
| **35. Czy upowszechnić ofertę pracy do innych PUP :**  **NIE**  **TAK** (*których)* .................................................................................................................................................................................................................... | **36. Upowszechnienie oferty w wybranych krajach EOG:** *(w przypadku odpowiedzi twierdzącej* *wypełnić załącznik nr 1*) **NIE**  **TAK** (*których)* ............................................................................................................................................................................................................................... |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| **37. Czy oferta jest złożona w celu uzyskania informacji starosty ?**  **TAK**  / **NIE** | **38. Czy pracodawca wyraża zgodę na kierowanie kandydatów?***( Zaznaczyć w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt.37)* **TAK**  / **NIE** |
| **39.Pracodawca oczekuje organizacji giełdy pracy / pomocy w doborze kandydatów?** **TAK** / **NIE** | **40. Pracodawca oczekuje informacji o liczbie osób zarejestrowanych spełniających jego oczekiwania:** **TAK** / **NIE** |
| **41. Opis czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy:****Fizyczne** ………………………………………………...................................................................................................................................................…………....**Pyły** ………………………………….........................................................................................................................................………...............…………………...**Chemiczne** ………………………...........................................................................................................................................……………………………............…**Biologiczne** ……………………………………………………………...............................................................................................................................................**Inne, w tym niebezpieczne** …….........................................................................................................................................…………………………………............. |

 W przypadku gdy pracodawca krajowy zawarł w zgłoszeniu krajowej oferty pracy wymagania **naruszające zasadę równego traktowania** w zatrudnieniu, o której mowa w ustawie, zwane dalej „wymaganiami dyskryminującymi”, lub zgłosił tę ofertę pracy do innego powiatowego urzędu pracy lub powiatowy urząd pracy podejmie decyzję o nieprzyjęciu tej oferty na podstawie art. 36 ust. 5f ustawy, powiatowy urząd pracy powiadamia tego pracodawcę o odmowie przyjęcia krajowej oferty pracy do realizacji.

 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.

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

* **Klauzula informacyjna dla pracodawców składających oferty 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.

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.

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **przyjmowanie zgłoszeń krajowych ofert 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 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 określonego celu nie występuje profilowanie.

Państwa dane będą przetwarzane przez okres ważności oferty pracy, tj. 30 dni oraz zgodnie
z przepisami prawa przez okres 5 lat po upływie wskazanego terminu lub zrealizowaniu złożonej oferty. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

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. Dane nie będą transferowane poza Polskę.

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.

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

*(data i czytelny podpis)*

**Z A Ł Ą C Z N I K N R 2**

**(dotyczy podmiotów, 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:

1. **prowadziłem i nadal prowadzę działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły - prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;**
2. **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
4. **nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;**
5. **nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;**
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 1407/2013;**
8. **nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Podmiot, Przedszkole lub szkołę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, oraz nie obniżę wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Podmiot, Przedszkole lub szkołę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;**
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.

**\*niepotrzebne skreślić**  ……….………….................…………………

 Podpis i pieczęć Podmiotu, Przedszkola lub Szkoły

 lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Z A Ł Ą C Z N I K N R 2 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:

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\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
4. **nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;**
5. **nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;**
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;**
8. **nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;**
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.

**\*niepotrzebne skreślić**

 ….……………………………………

Podpis i pieczęć Producenta Rolnego

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

 **Z A Ł Ą C Z N I K N R 2 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:

1. **nie** **zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **nie zalegam/ zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. nie posiadam **w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;**
4. **nie byłem w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;**
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) nr 1408/2013;**
7. **nie** **obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy
z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;**
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.

**\*niepotrzebne skreślić**

 ………………………………………………………

Podpis i pieczęć Żłobka lub Klubu Dziecięcego

lub Podmiotu Świadczącego Usługi Rehabilitacyjne

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**Z A Ł Ą C Z N I K N R 3**

**(dotyczy podmiotu/przedszkola/szkoły/producenta rolnego/
żłobka/ klubu dziecięcego/ podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

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

\*niepotrzebne skreślić

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

 *Miejscowość, data pieczęć i podpis osoby uprawnionej do
 reprezentowania wnioskodawcy*

**Z A Ł Ą C Z N I K N R 4**

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.2022.835) **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

**Z A Ł Ą C Z N I K N R 5**

Zduńska Wola, dnia ……………

………………………....

Pieczęć Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE**

1. Zobowiązuję się zatrudnić skierowaną osobę na okres 24 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 30 dni).*
3. Zostałem/łam poinformowany/na, że w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie mogę obniżyć wymiaru czasu pracy pracownika ani rozwiązać stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole, szkołę, producenta rolnego, żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników.

….………………………………

Podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

 Zduńska Wola, dnia ………………

…………………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………………….

(adres)

**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

 ………………………………………

(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

 Zduńska Wola, dnia ……………………………

…………………………………………

 (imię i nazwisko)

…………………….……………………….

 (adres)

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i w poprzedzających go dwóch latach podatkowych:

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis;

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w sektorze transportu drogowego towarów;

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w rolnictwie;

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w rybołówstwie.

*\* niepotrzebne skreślić*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Wartość pomocy de minimis w euro (1) | Wartość pomocy de minimis w sektorze transportu drogowego towarów w euro (1) | Wartość pomocy de minimis w rolnictwie w euro (2) | Wartość pomocy de minimis w rybołówstwie w euro (3) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

 (1)Pomoc de minimis w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis oznacza pomoc, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat od jednego państwa członkowskiego, która łącznie z pomocą udzielona na podstawie wniosku nie może przekroczyć 200 000 euro, w przypadku podmiotów działających w sektorze transportu drogowego 100 000 euro.

(2) Pomoc de minimis w rozumieniu 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 oznacza, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat od jednego państwa członkowskiego, która łącznie z pomocą udzielona na podstawie wniosku nie może przekroczyć 15 000 euro.

(3) Pomoc de minimis w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2013 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 oznacza, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat od jednego państwa członkowskiego, która łącznie z pomocą udzielona na podstawie wniosku nie może przekroczyć 30 000 euro.

 ………………………………………………………

 (Czytelny podpis składającego oświadczenie)

**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

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. 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[[3]](#footnote-3), 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[[4]](#footnote-4).

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.2022.593, ze zm.) 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/>)

\* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji określa Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach [↑](#footnote-ref-3)
4. Tylko w przypadku kontaktu poprzez elektroniczną skrzynkę pocztową (e-mail) [↑](#footnote-ref-4)