

**Załącznik nr 1**

**Nr wniosku..................................**

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ**

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

Niniejszy wniosek zawiera szczegółowe informacje dotyczące Wnioskodawcy jak i refundowanego stanowiska pracy.   
Dane te są niezbędne do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej oraz finansowej i służą PUP w Opolu w podjęciu właściwej decyzji. Prosimy zatem o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na postawione pytania, gdyż tylko wtedy będziemy mogli prawidłowo ocenić Państwa przedsięwzięcie i pomóc w jego realizacji.

Złożenie wniosku o udzielenie refundacji ze środków Funduszu Pracy nie gwarantuje jej otrzymania a **od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.**

**Wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy podlega rozpatrzeniu jedynie w przypadku, gdy Wnioskodawca złoży wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony, a Urząd dysponuje środkami na jego sfinansowanie.**

**Prosimy o składanie wniosków wypełnionych w edytorze tekstu MS Word oraz o niedokonywanie zmian w układzie stron wniosku.**

Nazwa wnioskodawcy:

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

(pieczątka)

Wnioskowana kwota refundacji: ……………………………………………………………

Wnioskowane stanowisko pracy: ………………………………………………………………………….………………………

### I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY:

**1. Oznaczenie wnioskodawcy:**

* **podmiot prowadzący działalność gospodarczą,**
* **niepubliczne przedszkole, niepubliczna szkoła,**
* **producent rolny**
* **żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne**

**2. Nazwa lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej:**

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

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

**3. Adres siedziby lub zamieszkania wnioskodawcy:**

Miejscowość ............................................................... Województwo ...............................................

Ulica ............................................................................................. Nr ................................................

Kod ................................................................ Poczta .........................................................................

Telefon ............................................................. e-mail ………………………………………………………….……....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem (w przypadku realizacji wniosku o refundację)

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

Telefon ............................................................. e-mail ………………………………………………………….……...

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z osobami kierowanymi przez PUP w Opolu do   
zatrudnienia na refundowanym stanowisku (jeżeli jest to inna osoba niż wnioskodawca, należy dostarczyć   
pisemną zgodę tej osoby na zbieranie, wykorzystanie, przetwarzanie i archiwizowanie jej danych osobowych)

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

Telefon ............................................................. e-mail ………………………………………………………….………..

**4. Numer ewidencyjny PESEL** (w przypadku osoby fizycznej) ………………………………………….………….….

**5. NIP**  ..................................................................................................................................................

**6. REGON**..............................................................................................................................................

**7. Numer KRS** ……………………………………………………………………………………………………………………………..….

**8. PKD** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……

**9. Krótka charakterystyka prowadzonej działalności:**

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

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

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

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

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

**10. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności** (dzień, miesiąc, rok) **………………………..………………………**

**11. Forma prawna prowadzonej działalności:** ………………………...……………………………………….…..……....

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

(spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, działalność indywidualna i inna)

**12.** **Numer konta bankowego: …….**………………………………………………………………..……………………………….

**13. Dane dotyczące stanu zatrudnienia w ostatnich 6 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku:**

1. **Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty na dzień złożenia wniosku:**

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

(Uwaga! zgodnie z kodeksem pracy pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru,   
 mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Proszę nie uwzględniać pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich,   
 urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także   
 zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego oraz osób wykonujących obowiązki w ramach umowy - zlecenia )

1. **Średni stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty w okresie do 6 miesięcy przed złożeniem wniosku: …………………………………………………………………………………………………………………….…………….**

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać na jakim stanowisku i proszę uzasadnić przyczynę zwolnienia:

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

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

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

**14. Nazwisko i imię, stanowisko oraz podpis osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu i podpisywania umów**:

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

nazwisko i imię stanowisko wzór podpisu

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

nazwisko i imię stanowisko wzór podpisu

**II. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W OPOLU   
(w okresie ostatnich 36 miesięcy przed złożeniem wniosku )**

1. Czy w ramach dotychczasowej współpracy wnioskodawca zgłaszał oferty pracy do tut. Urzędu:

Tak Nie

### 2. Czy dotychczas firma korzystała ze środków Funduszu Pracy:

Tak Nie

### Jeżeli TAK to proszę uzupełnić poniższą tabelę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu | Rok | Liczba osób objętych wsparciem | Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umowy z PUP | Przyczyny niezatrudnienia osób |
| staże | 2019 |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |
| 2021 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |
| Prace interwencyjne | 2019 |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |
| 2021 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |
| Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy | 2019 |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |
| 2021 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |
| Inne formy wsparcia proszę podać jakie, (np. bony stażowe, bony zatrudnieniowe, dofinansowanie wynagrodzenia dla osoby powyżej 50 lub 60 roku życia, refundacja kosztów zatrudnienia osoby do 30 roku życia, inne: ………………….........…)**\*** | 2019 |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |
| 2021 |  |  |  |
| 2022 |  |  |  |

**\*** właściwe podkreślić

## **Czy wnioskodawca korzystał z dotacji ze środków Funduszu Pracy na podjęcie działalności gospodarczej:**

Tak □ Nie □

Jeżeli TAK to w którym roku: …………………………………………………………………………………………………………..

1. **DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA UTWORZONEGO W RAMACH REFUNDACJI\***

1. Nazwa nowoutworzonego stanowiska pracy - zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności:

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

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania – t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm, ww. wykaz jest również dostępny na stronie internetowej: [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl)

2. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę skierowaną na nowopowstającym stanowisku pracy:

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

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

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

3. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać osoby skierowane, w tym:

* wykształcenie …………………………………………………………………………………………………….…………………………

(proszę podać poziom i ewentualnie kierunek)

* staż pracy ………………………………………………………………………………………………..……………….………………....
* umiejętności – specjalności …………………………………………………………………………………..………….………….

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

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

* inne wymagania ( w tym uprawnienia, itp.)……………...………………………………………………………..…………

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

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

4. Ilość zmian: …………………………………………………………………………………………………………………..………………..

5. Godziny pracy (od-do): ……………………………………………………………………………………………..……..…………….

6. Zatrudnienie na pełny etat - wysokość wynagrodzenia brutto:

(w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku wskazane wynagrodzenie będzie obowiązywało   
od dnia zawarcia umowy o pracę)

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

1. Miejsce wykonywania pracy przez osobę skierowaną:

(proszę podać adres)

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

8. Tytuł prawny do nieruchomości /lokalu w którym ma zostać utworzone nowe miejsce pracy\*:

* **akt własności**
* **umowa najmu lokalu**; czas trwania najmu od ………………… do …………………………..
* **inne** ( np. umowa użyczenia lokalu); czas użyczenia lokalu od ………………. do …………………………..
* **nie dotyczy**  ( wskazać uzasadnienie)………………………………………………………………………………………..

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

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

\* Proszę zaznaczyć właściwą opcję

9.Czy wnioskodawca zamierza zakupić sprzęt:

* nowy
* używany
* na terenie Polski
* w krajach Unii Europejskiej

**\* W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnych danych dla każdego stanowiska pracy.**

##### IV. ANALIZA FINANSOWA

1. **Wnioskowana kwota refundacji ………………………………………………………………………………………………….**

2. **Nazwa stanowiska: ………………………………………………………………………………………………………………………..**

3. **Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie zakupów** | **Uzasadnienie zakupu** | **Środki własne** | **Środki z Funduszu Pracy**  **-brutto** | **Inne**  **źródła**  **(podać jakie)** | **RAZEM**  **(4+5+6)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |

**Zakupy należy oszacować w kwocie brutto.**

\* **W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnej analizy dla każdego stanowiska pracy.**

1. **Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.**\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru lub usługi** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

**UWAGA:**

\* **W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnej specyfikacji dla każdego stanowiska pracy.**

**Suma wartości brutto powinna być zgodna z kwotą wnioskowaną.**

**V. PROPONOWANE FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI** \* **:**

* **PORĘCZYCIELE**
* **AKT NOTARIALNY O PODDANIU SIĘ DOBROWOLNEJ EGZEKUCJI PRZEZ DŁUŻNIKA**
* **BLOKADA ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA RACHUNKU BANKOWYM WNIOSKODAWCY**

\*Proszę zaznaczyć jedną z powyższych form zabezpieczenia.

**UWAGA!!!**

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i przyznania Refundacji Wnioskodawca zobowiązany jest do dostarczenia do Powiatowego Urzędu Pracy w Opolu nie później niż 5 dni roboczych przed ustalonym terminem podpisania umowy dokumentów dotyczących zabezpieczenia prawidłowego wykonania umowy, tj.:

* **Poręczenie cywilne** - oświadczenia poręczycieli na druku Powiatowego Urzędu Pracy w Opolu (załącznik nr 3 Regulaminu)o uzyskiwanych dochodach ze wskazaniem źródła i kwoty dochodu oraz aktualnych zobowiązaniach finansowych z określeniem wysokości miesięcznej spłaty zadłużenia,
* **Blokada środków na rachunku bankowym Wnioskodawcy** - oświadczenie na druku Powiatowego Urzędu Pracy w Opolu (załącznik nr 4 Regulaminu) o posiadaniu środków niezbędnych do dokonania blokady z podaniem nazwy Banku, adresem i numerem rachunku bankowego,
* **Akt notarialny o poddaniu się dobrowolnej egzekucji przez dłużnika -** oświadczenie wnioskodawcy na druku Powiatowego Urzędu Pracy w Opolu (załącznik nr 5 Regulaminu)   
  o sytuacji majątkowej.

##### VI. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Pouczony o odpowiedzialności karnej w trybie art. 233 § 1 kodeksu karnego: ,,Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od   
6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że:

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu w sprawie przyznawania ze środków Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą i innym.
3. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny oraz za pośrednictwem poczty e-mail.

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

miejscowość, data podpis i pieczęć wnioskodawcy\*

\*\*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21, 45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z art. 46 ust. 1 pkt 1, 1a,1b,1c,1d ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2022. 690 t.j.). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej: <http://opole.praca.gov.pl/> lub w siedzibie Administratora.

Wymagane załączniki:

**I. WNIOSKODAWCA**

PODMIOT PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLE, NIEPUBLICZNA SZKOŁA

1. Oświadczenie podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, niepublicznego przedszkola   
   lub niepublicznej szkoły.
2. Aktualny wydruk z rejestru CEIDG lub z KRS, potwierdzający oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności. W przypadku spółek cywilnych dodatkowo umowa spółki cywilnej.
3. Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* (załącznik nr 2 do Regulaminu).

PRODUCENT ROLNY

1. Oświadczenie producenta rolnego.
2. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.
3. Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.

ŻŁOBEK LUB KLUB DZIECIĘCY LUB PODMIOT ŚWIADCZĄCY USŁUGI REHABILITACYJNE

1. Oświadczenie żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.

2. Aktualne dokumenty określające formę prawną prowadzonej działalności (np.: wydruk z rejestru   
 CEIDG lub z Krajowego Rejestru Sądowego w przypadku gdy wnioskodawcą jest sp. z o. o .   
 W przypadku spółek cywilnych dodatkowo umowa spółki cywilnej).

3.Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis.

4.Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* (załącznik nr 2 do Regulaminu).

Wymienione załączniki stanowią komplet wniosku.

**Wszystkie kserokopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem   
przez Wnioskodawcę.**

### OŚWIADCZENIE

### PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

**z dnia ……………………………….. r.**

**zgodnie z § 2 ust. 4 i 4a Rozporządzenia 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. 2022.243 t.j.)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam że:**

1. Nie rozwiązałem(am) i nie zamierzam rozwiązać stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. Nie obniżyłem(am) i nie zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w okresie   
   6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji \*

lub

2a. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem(am)   
 wymiar czasu pracy pracownika lub zamierzam obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia   
 wniosku do dnia otrzymania refundacji 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.2021.2095. t.j. ze zm.) zwanej dalej "ustawą COVID-19", lub na   
 podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.\*

1. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2021. 162 t. j. ze zm.), przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym przyjmuję do wiadomości, że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej;
2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz

z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz

Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz

Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem danin publicznych;
2. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. Nie byłem (am) karany (a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.2021. 2345 t. j. ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020. 358 t. j. ).

…………………………………………………………………….

(czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

### OŚWIADCZENIE

### NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA LUB NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY

### 

**z dnia ……………………………….. r.**

**zgodnie z § 2 ust. 4 i 4b Rozporządzenia 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. 2022.243 t.j.)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:**

1. Nie rozwiązałem(am) i nie zamierzam rozwiązać stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez niepubliczne przedszkole lub niepubliczną szkołę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. Nie obniżyłem(am) i nie zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;\*

lub

2a. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem(am)

wymiar czasu pracy pracownika lub zamierzam obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia

wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie 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.2021.2095. t.j. ze zm.), zwanej dalej "ustawą COVID-19" lub na podstawie aneksu do   
 umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19. \*

1. Prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz

z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem danin publicznych;
2. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. Nie byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.2021. 2345 t. j. ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020. 358 t. j. ).

…………………………………………………………………….

(czytelny podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

### 

### 

### OŚWIADCZENIE

### PRODUCENTA ROLNEGO

**z dnia ……………………………….. r.**

**zgodnie z § 2 ust. 5 i 5a Rozporządzenia 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. 2022.243 t.j.)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:**

1. Nie rozwiązałem(am) i nie zamierzam rozwiązać stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego albo na mocy porozumienia stron  
    z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. Nie obniżyłem(am) i nie zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;\*

lub

2a. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem(am)

wymiar czasu pracy pracownika lub zamierzam obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia

wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie 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.2021.2095. t.j. ze zm.), zwanej dalej "ustawą COVID-19" lub na podstawie aneksu do   
 umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19; \*

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 prawnych przez okres co najmniej  
    6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz

z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem danin publicznych;
2. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. Nie byłem (am) karany (a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.2021. 2345 t. j. ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020. 358 t. j. ).

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………………………………….

(czytelny podpis wnioskodawcy)

### OŚWIADCZENIE

### ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE

**z dnia ……………………………….. r.**

**zgodnie z § 2 ust. 6 i 6a Rozporządzenia 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. 2022.243 t.j.)

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:**

1. Nie rozwiązałem(am) i nie zamierzam rozwiązać stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników   
   w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. Nie obniżyłem (am) i nie zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;\*

lub

2a. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżyłem(am)

wymiar czasu pracy pracownika lub zamierzam obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia

wniosku do dnia otrzymania refundacji 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.2021.2095. t.j. ze zm.), zwanej dalej "ustawą COVID-19", lub na   
 podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.\*

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz

z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem danin publicznych;
2. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. Nie byłem (am) karany (a)w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U.2021. 2345 t. j. ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary ( Dz. U. z 2020. 358 t. j.).

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………………………………….

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POMOCY DE MINIMIS**

**…………**

(pełna nazwa wnioskodawcy )

Na podstawie art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej   
( Dz. U. 2021. 743 t.j.) oświadczam, że w roku podatkowym w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających lat podatkowych nie otrzymałem / otrzymałem\* pomocy de minimis w następującej wielkości:

\* zaznaczyć właściwe

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ  udzielający  pomocy | Dzień udzielen[i](file:///T:\WNIOSKI%202014%20po%20zmianie%20ustawy\REF.%20SKŁADEK%20DO%2030%20RŻ\REF%20SKŁADEK%20DO%2030%20RZ.docx#bookmark2)a  pomocy  (dzień-miesiąc- rok) | | Wartość pomocy  brutto | |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | Razem pomoc de minimis |  |  |

W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki

oraz każdego wspólnika spółki.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis proszę dołączyć kserokopie zaświadczeń otrzymanej pomocy.

Świadomy/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam,

że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

|  |
| --- |
|  |

………………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)