

POWIATOWY URZĄD PRACY

ul. Morska 1, 82-100 Nowy Dwór Gdański

☎ (55) 246 95 00 fax (55) 246 95 01 e-mail: gdno@praca.gov.pl

NIP: 5782211273 REGON: 191978743

Dnia

.....
(pieczęć zakładu pracy)

WNIOSEK

o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna* ze środków w ramach otrzymanego wsparcia z Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 z projektu pn. „Nowe perspektywy-nowe możliwości”

Kwota wnioskowanej refundacjizł słownie.....

Liczba tworzonych stanowisk pracy:

- a) dla skierowanych bezrobotnych
- b) dla skierowanych opiekunów*

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Wnioskodawca jest:

- a. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, zwanym dalej „**podmiotem**” ,
- b. osobą fizyczną, prawną lub jednostką organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zamieszkującą lub mającą siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącą posiadaczem gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy z dnia 15.11.1984 r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 333) lub prowadzącą dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2647, 2687, i 2745 oraz z 2023 r. poz. 28,185 i 326) lub w ustawie z dnia 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2587,2640 i 2745 oraz z 2023 r. poz. 185 i 326), zatrudniającym w okresie ostatnich 6 miesięcy, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy, zwanym dalej „**producentem rolnym**” ,
- c. niepublicznym przedszkolem lub niepubliczną szkołą, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 14.12.2016 r. Prawo oświatowe, zwanym dalej odpowiednio „przedszkolem” i „szkołą”

2. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy

3. Miejsce prowadzenia działalności

*„**Opiekunem**” jest poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

4. Adres do korespondencji

5. Telefon / faxe-mail:.....

6. Osoby upoważnione do reprezentacji zakładu pracy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych:

7. Osoba upoważniona do kontaktów z PUP:

.....tel.

NIP firmy [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] - [] []

REGON

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PKD

[] [] [] [] []

8. Nazwa banku i numer konta:

9. Data rozpoczęcia działalności:

10. Rodzaj prowadzonej działalności i jej krótki opis:.....

Forma prawna prowadzonej działalności: (właściwą odpowiedź proszę wskazać poprzez postawienie znaku X)

Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (także wspólnik spółki cywilnej)	
Spółka jawna	
Spółdzielnia	
Przedsiębiorstwo państwowe	
Jednoosobowa spółka z o.o. Skarbu Państwa	
Spółka z o.o. w której jednostka samorządu terytorialnego posiada 100% udziałów	
Spółka z o.o. w stosunku do której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa lub komunalna jednostka organizacyjna są podmiotami dominującymi	
Inna spółka z o.o.	
Jednoosobowa spółka akcyjna Skarbu Państwa	
Spółka akcyjna w której jednostka samorządu terytorialnego posiada 100% udziałów	
Spółka akcyjna w stosunku do której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa lub komunalna jednostka organizacyjna są podmiotami dominującymi	
Inna spółka akcyjna	
Inna forma prawna (podać jaka?)	

11. Wielkość przedsiębiorcy (zaznaczyć X)

Mikroprzedsiębiorca - zatrudnia mniej niż 10 pracowników a roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro	
Mały przedsiębiorca - zatrudnia mniej niż 50 pracowników a roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro	
Średni przedsiębiorca - zatrudnia mniej niż 250 pracowników, roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro a/lub bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro	
Inny przedsiębiorca	

12. Forma opodatkowania (proszę wpisać % odprowadzanego podatku)

Podatek od osób prawnych	%
Zasady ogólne	%
Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych	%
Karta podatkowa	%
Podatek liniowy	%

13. Czy zakład pracy w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku korzystał ze środków Funduszu Pracy lub ze środków unijnych (jeśli tak to w jakiej formie – proszę podkreślić właściwą)

- a) prace interwencyjne
- b) roboty publiczne
- c) dotacja na działalność gosp.
- d) staż, przygotowanie zawodowe
- e) refundacja wyposażenia stanowiska

14. Informacja o obecnej i przewidywanej sytuacji finansowej zakładu pracy z uwzględnieniem zysku za poprzedni rok.

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

15. W okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku zatrudnienie w zakładzie pracy przedstawiało się następująco: (z wyłączeniem osób zatrudnionych na umowę zlecenie, umowę o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów).

Lp.	Miesiąc i rok	Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny i niepełny wymiar czasu pracy (np. 1 etat, ½ etatu ¼ etatu itp.)	Przyczyny zmniejszenia stanu zatrudnienia i forma rozwiązania umowy	Przyczyny zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracowników
	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku w przeliczeniu na etaty wynosi

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia po dniu złożenia wniosku zobowiązuję się o tym fakcie niezwłocznie pisemnie poinformować Powiatowy Urząd Pracy.

II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY DLA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH I SKIEROWANYCH OPIEKUNÓW

1. Termin zatrudnienia:

- a) skierowanej osoby bezrobotnej
- b) skierowanego opiekuna

2. Miejsce wykonywania pracy (adres):

- a) przez skierowaną osobę bezrobotną
- b) przez skierowanego opiekuna

3. Tytuł prawny do lokalu, w którym będą znajdować się stanowiska pracy:

- Akt własności
- Umowa najmu
- Umowa użyczenia
- Inny, jaki?

4. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana na utworzonych stanowiskach pracy:

- a) przez skierowane osoby bezrobotne:
-
-

b) przez skierowanych opiekunów

.....

.....

.....

5. Wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych opiekunów *:

6. Opis stanowisk pracy:

Nazwa stanowiska/zawodu	Ilość osób	Pożądane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny lub opiekun	Wysokość proponowanego wynagrodzenia

7. Kwota przewidywanych do poniesienia w okresie 24 miesięcy kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych na stanowiska pracy bezrobotnych lub opiekunów obejmujące wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłaconych od tych wynagrodzeń składek pracodawcy na ubezpieczenia społeczne emerytalne 9,76%, rentowe 6,50%, wypadkowe%:

Lp.	Składniki	Liczba osób	Miesięcznie	W okresie 24 miesięcy
1	Wynagrodzenie brutto osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy			
2	Obowiązkowe składki od wynagrodzenia płacone przez podmiot prowadzący działalność gospodarczą na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe)			
3	Razem koszty zatrudnienia			

*** Opiekun może zostać zatrudniony przez okres minimum 24 miesięcy w wymiarze czasu pracy co najmniej 1/2 etatu. W przypadku zatrudnienia opiekuna na utworzonym stanowisku pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy, kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego opiekuna.**

8. Przesłanki skłaniające zakład pracy do zorganizowania dodatkowych miejsc pracy dla osób bezrobotnych lub opiekunów:

.....

.....

.....

III. KALKULACJA WYDATKÓW NIEZBĘDNYCH DO UTWORZENIA, WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY ORAZ ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA

Nazwa tworzonego miejsca pracy	Wyszczególnienie rodzaju zakupów (z uwzględnieniem ilości sztuk)	Środki własne	Środki z Funduszu Pracy	Inne źródła finansowania *	Kwota ogółem
Razem					

*) proszę wyjaśnić jakie.....

.....

Uwagi dotyczące zakupów: **Refundowane wyposażenie powinno zostać zakupione nowe. W uzasadnionych przypadkach Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Nowym Dworze Gd. może wyrazić zgodę na zakup sprzętu używanego. W przypadku zamiaru zakupu sprzętu używanego należy fakt ten opisać i uzasadnić poniżej.**

.....

.....

.....

IV. SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM ZAKUPÓW WYPOSAŻENIA I DOPOSAŻENIA STANOWISK PRACY (w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy)

Nazwa tworzonego miejsca pracy	Specyfikacja zakupów w ramach wnioskowanej kwoty	Przewidywany termin zakupu	Kwota w zł
RAZEM			

V. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu otrzymanej przez podmiot, producenta rolnego, przedszkola bądź szkoły refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy:

- a) poręczenie (żyranci),
- b) weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
- c) gwarancja bankowa,
- d) akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.*

* (proszę wpisać wybraną formę)

.....

2. W przypadku wyboru formy zabezpieczenia zwrotu wnioskowanej kwoty w postaci poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym (aval), należy podać dane poręczycieli oraz dołączyć do wniosku oświadczenia o osiągniętych przez nich dochodach (druk w załączeniu)

a) Imię i nazwisko
Stan cywilny
Adres zameldowania
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez
....., w dniu
PESEL

b) Imię i nazwisko
Stan cywilny
Adres zameldowania
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez
....., w dniu
PESEL

Wiarygodność podanych we wniosku danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
Pieczęć zakładu pracy

.....
Podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz.735 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 243.) w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.
- Rozporządzenie Komisji (WE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 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, str. 3).
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.9 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1.).
- Zasady przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy obowiązujące w Powiatowym Urzędzie Pracy w Nowym Dworze Gdańskim.

Załączniki do wniosku:

1. Podpisane oświadczenia – druki w załączeniu.
2. Zgłoszenie wolnego miejsca zatrudnienia – druk w załączeniu.
3. Oświadczenie poręczycieli o zarobkach w przypadku wyboru tej formy zabezpieczenia (druk w załączeniu)
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (formularz stanowi załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24.10.2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przed podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.

Na kopiach dokumentów powinna się znajdować adnotacja „**za zgodność z oryginałem**” wraz z pieczętą i podpisem osoby uprawnionej lub dostarczone oryginały dokumentów do wglądu.

WNIOSKI NIEKOMPLETNE I NIECZYTELNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE.

OŚWIADCZENIE

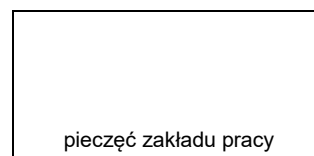
I. WYPEŁNIAJĄ WSZYSCY:

W związku z ubieganiem się o uzyskanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy oświadczam, że:

1. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku w mojej firmie nie nastąpiło oraz nie nastąpi w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji, rozwiązanie stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników.
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.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
4. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
6. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu 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 (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 243).
7. Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy publicznej/ de minimis uzyskanej w ciągu danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych.
8. Zobowiązuję się utrzymać przez okres 24 miesięcy miejsc pracy utworzonych w związku z przyznaną refundacją.
9. Po okresie 24 miesięcy refundacji zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanej osoby przez okres.....

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(podpis i imienna pieczętka pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

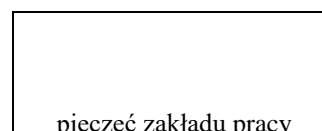


II. WYPEŁNIAJĄ PODMIOTY PROWADZĄCE DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ (w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców):

1. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej.
2. Spełniam warunki rozporządzenia Komisji (WE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 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, str. 3).
3. Zostałem poinformowany, iż refundacja kosztów wyposażenia stanowiska pracy, o którą się ubiegam stanowi pomoc de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (WE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. 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, str. 3) i jest udzielana zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(podpis i imienna pieczętka pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

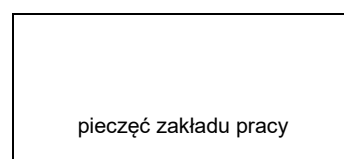


III. WYPEŁNIAJĄ NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLA I NIEPUBLICZNE SZKOŁY:

1. Prowadzę działalność na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
2. Spełniam warunki rozporządzenia Komisji (WE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 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, str. 3).
3. Zostałem poinformowany, iż refundacja kosztów wyposażenia stanowiska pracy, o którą się ubiegam stanowi pomoc de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (WE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 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, str. 3) i jest udzielana zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(podpis i imienna pieczętka pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

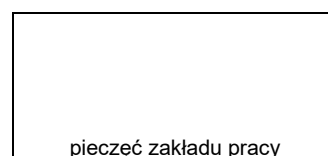


IV. WYPEŁNIA PRODUCENT ROLNY:

1. Nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej.
2. **Posiadam/ nie posiadam** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
3. **Prowadzę/ nie prowadzę** dział specjalny 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.
4. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu zatrudniałem co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy- w załączeniu przedkładałem dokumenty potwierdzające jego zatrudnienie i ubezpieczenie w w/w okresie.
5. Spełniam warunki 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 24.12.2013, str. 9 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1).
6. Zostałem poinformowany, iż refundacja kosztów wyposażenia stanowiska pracy, o którą się ubiegam stanowi pomoc de minimis w rozumieniu przepisów 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 24.12.2013, str. 9 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1) i jest udzielana zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(podpis i imienna pieczętka pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)



OŚWIADCZENIE O NIEOBNIŻANIU WYMIARU CZASU PRACY PRACOWNIKA:

Dotyczy: podmiotów, przedszkoli, szkół oraz producentów rolnych

Oświadczam, że w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku w mojej firmie **nie nastąpiło** oraz **nie nastąpi** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **obniżenie wymiaru czasu pracy pracownika** .

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(data i podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)

pieczęć zakładu pracy

OŚWIADCZENIE
O OBNIŻENIU WYMIARU CZASU PRACY PRACOWNIKA
W ZWIĄZKU Z WYSTĄPIENIEM COVID-19*:

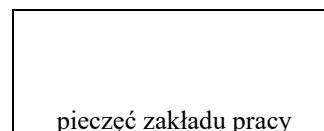
I. Dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy *Prawo przedsiębiorców*:

Oświadczam, że:

1. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w mojej firmie **nastąpiło / nie nastąpiło** obniżenie wymiaru czasu pracy pracownika 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. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.)* zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z **art. 15zzf** ustawy COVID-19.
2. w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam/ nie zamierzam** dokonywać obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie **art. 15g ust. 8** lub **art. 15gb ust. 1 pkt 1** ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(data i podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)



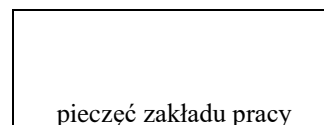
II. Dotyczy: przedszkoli, szkół oraz producentów rolnych.

Oświadczam, że:

1. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w mojej firmie **nastąpiło / nie nastąpiło** obniżenie wymiaru czasu pracy pracownika 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. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.)*, zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z **art. 15zzf** ustawy COVID-19.
2. w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam/ nie zamierzam** dokonywać obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie **art. 15gb ust. 1 pkt 1** ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(data i podpis pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy)



**wypełniają wyłącznie wnioskodawcy, którzy obniżyli lub zamierzają obniżyć wymiar czasu pracy pracownika w związku z COVID-19.*

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA
O WYSOKOŚCI OSIĄGANÝCH DOCHODÓW**

.....
Imię i nazwisko poręczyciela

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Seria i nr dowodu osobistego

Oświadczam, że*:

a) Jestem zatrudniony(a) od dnia
w
(pełna nazwa zakładu pracy, jego adres)
na stanowisku

Umowa o pracę zawarta jest:** na czas nieokreślony , na czas określony do dnia

Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto z ostatnich 3 miesięcy wynosi :
słownie

i składa się z części stałej w kwocie części zmiennej w kwocie

Powyższe wynagrodzenie:** nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów
jest obciążone kwotą z tytułu

Wysokość miesięcznego obciążenia wynosi ostateczny termin spłaty
.....

Znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę**

Nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę**

Zakład pracy, w którym jestem zatrudniony (a):** nie znajduje się w stanie likwidacji
znajduje się w stanie likwidacji

b) Mam przyznane prawo do**:

renty emerytury

z czego miesięczny dochód brutto wynosi

(wpisać zgodnie z decyzją o przyznaniu renty bądź emerytury)

W/w dochód** jest nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

c) Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni, z którego roczny szacunkowy dochód wynosi (informację o wysokości dochodu z gospodarstwa rolnego można uzyskać w urzędzie miasta lub gminy).

W/w dochód** jest nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

d) Prowadzę działalność gospodarczą od dnia, z której **dochód za rok** wyniósł
(należy wskazać dochód zgodnie z PITEM bądź innym rozliczeniem finansowym za ubiegły rok).

Posiadam** nie posiadam** zaległości w płatnościach w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Urzędzie Skarbowym.

Zostałem(am) poinformowany(a), iż urząd może zażądać do wglądu, dokumenty potwierdzające wysokość osiągniętego przeze mnie dochodu.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis poręczyciela)

*Wypełnić odpowiednio, część a, b, c lub d, w zależności sposobu osiągnięcia dochodu.

**Właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X.

OŚWIADCZENIE O ZOBOWIĄZANIACH FINANSOWYCH PORĘCZYCIELA

Imię i nazwisko poręczyciela

PESEL

Nr i seria dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania

.....

Oświadczam, że:

Posiadam zobowiązania finansowe (kredyt bankowy, pożyczka itp.). Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać:

- z jakiego tytułu
.....
.....
- wobec kogo.....
.....
- formę zabezpieczenia.....
.....
- wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia
.....

Nie jestem/jestem* dłużnikiem lub poręczycielem udzielonej pożyczki lub jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej w ramach środków z Funduszu Pracy lub środków unijnych, bądź refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (jeżeli tak, należy podać dane pożyczkobiorcy lub osoby, która otrzymała jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej lub nazwę pracodawcy, który otrzymał refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy):

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

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis poręczyciela)

* niewłaściwe skreślić

.....

(Pieczęć wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE
O POMOCY PUBLICZNEJ I POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz w okresie 2 poprzedzających go lat podatkowych:

- uzyskałem (am) / nie uzyskałem (am) * pomoc (y) *de minimis* w wysokości
euro;
- otrzymałem (am) w wysokości / nie otrzymałem (am) * pomoc (y) publiczną (ej)
w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie
których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

Nowy Dwór Gd.

**Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy,
składane przy wyborze jako formy zabezpieczenia aktu notarialnego.**

Oświadczam, że posiadam nie posiadam majątek mogący stanowić zabezpieczenie udzielonej mi refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy, o wartości co najmniej 150% kwoty wnioskowanej.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o uzupełnienie danych:

Składniki majątkowe powyżej 5.000,00zł

NIERUCHOMOŚCI

Rodzaj i Nr Księgi Wieczystej	Własność/ Współwłasność	Rok nabycia	Wartość szacunkowa	Obciążenia hipoteką

Składniki majątkowe powyżej 5.000,00zł

MAJĄTEK RUCHOMY

Rodzaj/typ/marka	Rok produkcji	Wartość szacunkowa	Obciążenia (zastaw, przewłaszczenia)

„Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

.....
(podpis wnioskodawcy)

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH – DLA PRACODAWCY

<p>Administrator, dane kontaktowe</p>	<p>Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Gdańskim ul. Morska 1, 82-100 Nowy Dwór Gdański</p> <p>1) osobiście lub na adres poczty elektronicznej: gdno@praca.gov.pl;</p> <p>2) telefonicznie: (55) 24 69 500</p> <p>3) pisemnie: ul. Morska 1, 82-100 Nowy Dwór Gdański</p> <p>4)</p>
<p>Inspektor Ochrony Danych</p>	<p>W Urzędzie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:</p> <p>1) <u>za pomocą poczty elektronicznej:</u> artur.wojtaszczyk@elitpartner.pl</p>
<p>Cele przetwarzania, podstawa prawna przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych, podanie danych</p>	<p>Dane będą przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Gd. w celach:</p> <p>1) wypełnienia obowiązków prawnych - ciążących na Urzędzie Pracy w szczególności zadań wynikających z Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Prowadzenie bazy danych pracodawców, zgłaszanie ofert pracy – 5 lat b. Jednorazowe środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej od daty wygaśnięcia umowy 10 lat c. Udzielanie refundacji wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy od daty wygaśnięcia umowy 10 lat d. Realizacja robót publicznych – 5 lat od daty wygaśnięcia umowy e. Realizacja prac interwencyjnych – 5 lat od daty wygaśnięcia umowy f. Realizacja prac społecznie użytecznych – 5 lat od daty wygaśnięcia umowy g. Organizacja staży – 5 lat od daty wygaśnięcia umowy h. Przyznanie środków finansowanych z Krajowego Funduszu Szkoleniowego – dane będą przetwarzane przez 10 lat licząc w pełnych latach kalendarzowych od pierwszego dnia roku następnego po roku pozyskania danych. i. Przyznawanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.
<p>Odbiorcy danych</p>	<p>Dane osobowe mogą być ujawnione następującym odbiorcom:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Banki; 2) Sygnity S.A. ul. Franciszka Klimczaka 1, 02-797 Warszawa 3) SOFTIQ sp. z o.o. 4) Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku; 5) Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej; 6) Jednostkom szkoleniowym, w przypadku podpisania trójstronnej umowy szkoleniowej. 7) Straży Granicznej.

Prawa osoby, której dane dotyczą	<p>Osoby, których dane osobowe przetwarza Urząd mają prawo do:</p> <ol style="list-style-type: none">1) dostępu do swoich danych osobowych2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe3) żądania usunięcia danych, gdy dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem.4) żądania ograniczenia przetwarzania danych, gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Urząd nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub gdy osoby te wniosły sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu stwierdzenia nadrzędnych interesów administratora nad podstawą takiego sprzeciwu5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane
---	---

.....
(podpis wnioskodawcy)