

ZAŁĄCZNIK 1 do wniosku WN – W cz.I

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- 1) **nie rozwiązywałam/em stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie rozwiązę stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
- 2) **nie obniżyłam/em wymiaru czasu pracy*** pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie obniżę** wymiaru czasu pracy pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
- 3) **prowadzę działalność** przez okres min. 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, (w przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą do wskazanego okresu nie wlicza się zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej);
- 4) **nie zalegam w dniu złożenia wniosku** z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikowi (om) oraz z opłaceniem należnych składek na Fundusz Emerytur Pomostowych;
- 5) **nie zalegam w dniu złożenia wniosku** z opłaceniem w terminie innych danin publicznych;
- 6) **prowadzę działalność gospodarczą związaną z wnioskowaną pomocą de minimis / nie prowadzę działalności gospodarczej***, w rozumieniu przepisów art. 2 pkt 17 ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
- 7) **nie posiadam w dniu złożenia wniosku** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- 8) **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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2023, poz. 659 z późn. zm.),
- 9) **zapoznałem/am się** z aktualnie obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie Regulaminem refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie
- 10) **otrzymałem/ nie otrzymałem *** innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych
- 11) **otrzymałem/ nie otrzymałem *** wcześniej środków publicznych na wnioskowane wydatki
- 12) **jestem/ nie jestem *** czynnym podatnikiem VAT
- 13) nie toczy się wobec Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został złożony wniosek o likwidację
- 14) **nie został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem** w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy),

* **niepotrzebne skreślić**

Uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej i karnej za składanie nieprawidłowych danych oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Iława,

.....
(pieczęć firmowa i czytelny podpis wnioskodawcy)



POWIAT IŁAWSKI