**ZAŁĄCZNIK nr 1 – Regulaminu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy   
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie**

|  |
| --- |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr:  WnDop/22/ …………..  z dnia ……………….. |
|
|

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

/pieczęć firmowa pracodawcy /

**Wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. 2022 r. poz. 690 z późn. zm.) oraz 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 243).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UWAGA!!!**

**- Niniejszy wniosek o refundację należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku. W pustych polach należy wpisać „nie dotyczy”. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany.**

**- Uwzględnieniu podlegał będzie jedynie wniosek prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów stanowiących podstawę przyznania środków.**

**- O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku o dofinansowanie Wnioskodawca powiadamiany jest pisemnie w terminie do 30 dni od dnia złożenia wniosku .**

**- Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**

**- Wnioskowana kwota musi wynikać z kalkulacji wydatków przedstawionej w załączniku nr 1 do wniosku. W przypadku wnioskowania o refundację na stworzenie kilku różnych stanowisk pracy załącznik nr 1 oraz formularz zgłoszenia oferty pracy należy złożyć odrębnie na każde stanowisko pracy.**

**- Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.**

**- Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków z Funduszu Pracy lub EFS. Środki publiczne przeznaczone na stworzenie stanowiska pracy są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.**

**- Umowa pomiędzy Dyrektorem Urzędu a wnioskodawcą, zawierana jest w terminie 2 miesięcy od dnia uwzględnienia wniosku. Niepodpisanie umowy w w/w terminie z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy traktowane jest jako rezygnacja z przyznanych środków.**

|  |  |
| --- | --- |
| I. Dane dotyczące Pracodawcy | |
| Proszę o podanie następujących danych | |
| 1. Pełna nazwa Pracodawcy  *(zgodnie z dokumentem rejestrowym)* |  |
| 2. Adres, siedziba firmy  lub miejsce zamieszkania |  |
| 3. Adres do korespondencji |  |
| 4. Lokalizacja działalności przedsiębiorstwa –  proszę o podanie miejsca wykonywania  działalności wraz z oddziałami |  |
| 5. REGON/lub PESEL w przypadku rolników |  |
| 6. NIP |  |
| 7. PKD – symbol podklasy (5 znakowy) - związany z tworzonym stanowiskiem pracy |  |
| 8. Forma prawna prowadzonej działalności |  |
| 9. Data rozpoczęcia działalności |  |
| 10. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy wnioskodawca zawieszał działalność gospodarczą ? Jeśli tak, proszę wskazać datę.  ( zaznaczyć znakiem **X**) | TAK NIE  (……../........./……… r.) |
| 11. Osoba/y/ upoważnione do podpisania umowy- wg dokumentu rejestrowego lub umowy spółki |  |
| 12. Forma opodatkowania |  |
| 13. Nazwa banku i nr konta |  |
| 14. Osoba uprawiona do kontaktu w sprawach  dotyczących wniosku |  |
| 15. Telefon stacjonarny/komórkowy | Tel.: |
| 16. Adres poczty elektronicznej, strony www. | e-mail:  www. |
| 17. Czy Pracodawca jest podatnikiem VAT ?  ( zaznaczyć znakiem **X**) | TAK NIE |
| 18. Czy wnioskodawca jest ?  ( zaznaczyć znakiem **X**) | mikro przedsiębiorstwem  małym przedsiębiorstwem  średnim przedsiębiorstwem  dużym przedsiębiorstwem  producentem rolnym  niepublicznym przedszkolem  niepubliczną szkołą |
| 19. Wnioskowana kwota refundacji |  |

|  |
| --- |
| **II. Opis dotychczasowej działalności** |
| Proszę w kilku zdaniach opisać prowadzoną działalność, sytuację ekonomiczną firmy i perspektywy jej rozwoju – maksymalnie 1 strona |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty w ostatnich 12 miesiącach** | | | | |
| Zatrudnienie na umowę o pracę w przeliczeniu na pełne etaty w 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku  - stan zatrudnienia podajemy licząc 12 miesięcy wstecz licząc od daty złożenia wniosku na ostatni dzień każdego miesiąca | | | | |
| **MIESIĄC/ROK** | **LICZBA ETATÓW**  Do zatrudnionych nie zalicza się:   1. osób przebywających na urlopach bezpłatnych, wychowawczych, macierzyńskich 2. osób odbywających zasadniczą służbę wojskową 3. osób wykonujących pracę nakładcza, 4. uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy 5. osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia   Dane należy podać za okres ostatnich 12 miesięcy, z wyłączeniem miesiąca w którym składany jest wniosek (w przeliczeniu na pełne etaty) | **OSOBY PRZEBYWAJACE NA URLOPACH BEZPŁATNYCH** – liczba etatów | **LICZBA PRACOWNIKÓW, KTÓRYM ZMNIEJSZONO WYMIAR CZASU PRACY LUB Z KTÓRYMI ROZWIĄZANO STOSUNEK PRACY ZA WYPOWIEDZENIEM LUB NA MOCY POROZUMIENIA STRON Z PRZYCZYN NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKÓW W OKRESIE6 M-CY BEZPOŚREDNIO POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU** | **LICZBA PRACOWNIKÓW, KTÓRYM ZMNIEJSZONO WYMIAR CZASU PRACY NA PODSTAWIE ART. 15G UST. 8, ART. 15GB UST. 1 PKT 1 LUB W ZWIĄZKU Z ART. 15 ZZF 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Stan zatrudnienia w etatach, w dniu złożenia wniosku (podać datę): ……../…/…… r. - ………………….  Liczba osób wykonujących inną pracę zarobkową – stan na dzień złożenia wniosku ………………………. | | | | |
| Średni stan zatrudnienia z ostatnich 12 m-cy – wypełnia urząd | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Deklaracja utrzymania refundowanego stanowiska pracy** | | | | | |
| **1.**  **Deklaruję utrzymanie refundowanego stanowiska pracy przez 24 m-ce (okres wynikający z ustawy) + 3 m-ce następujące po sobie bezpośrednio:** (zaznaczyć znakiem x)  **a. TAK**  **b. NIE**  ***Uwaga: Podjęte zobowiązanie ma wpływ na uzyskaną punktację – patrz kryteria oceny merytorycznej – i zostanie zawarte w umowie.*** | | | | | |
| **III. Planowana inwestycja** | | | | | |
| 1. **Charakterystyka przedsięwzięcia tworzonego przez podmiot, niepubliczne przedszkole, niepubliczną szkołę lub producenta rolnego** | | | | | |
| 1. Lokalizacja zakładu, w którym zostaną utworzone stanowiska pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów (Dokładny adres zgodnie z CEIDG, KRS, REGON, umową najmu lub dzierżawy. W przypadku działalności mobilnych proszę wpisać dodatkowo zakres obszaru, na którym będą wykonywane czynności w ramach tworzonego stanowiska pracy) | | | |  | |
| **2. Planowana liczba nowo tworzonych miejsc pracy dla skierowanych bezrobotnych (w pełnym wymiarze czasu pracy)** | | | | | |
| 2a. Liczba zatrudnianych na czas nieokreślony: | | |  | | |
| 2b. Liczba zatrudnianych na czas określony: | | |  | | |
| **OGÓŁEM** | | |  | | |
| **3.Planowana liczba nowo tworzonych miejsc pracy dla skierowanych poszukujących pracy opiekunów (co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy)** | | | | | |
| 3a. Liczba zatrudnionych na czas nieokreślony: | | |  | | |
| 3b. Liczba zatrudnionych na czas określony: | | |  | | |
| **OGÓŁEM** | | |  | | |
| 4. Opis nowo utworzonych miejsc pracy: proszę podać nazwę zajmowanych stanowisk, krótki zakres obowiązków oraz szacunkową wartość brutto proponowanego wynagrodzenia | | | | | |
| Nazwa stanowiska | Rodzaj pracy, obowiązki | Wymagane kwalifikacje: wykształcenia, uprawnienia, umiejętności, doświadczenie zawodowe, języki obce (poziom znajomości) itp. | | | Wynagrodzenie brutto |
| 4.1 |  |  | | |  |
| 4.2 |  |  | | |  |
| 4.3 |  |  | | |  |
| 4.4 |  |  | | |  |
| 4.5 Godziny pracy (uwzględniając zmianowość): ……………………………………… | | | | | |
| 4.6. Czy na dzień złożenia wniosku istnieje już w firmie wyżej wymienione stanowisko pracy | | TAK NIE | | | |
| **UWAGA: W przypadku wystąpienia trudności z realizacją oferty, PUP zastrzega sobie możliwość zmiany powyższych ustaleń.** | | | | | |
| **4.7 Kandydat/ci na tworzone stanowisko/a pracy:**  **□ - Mam kandydata/ów**  **□ - Jestem w trakcie poszukiwania kandydata/ów**  **spełniającego/ych kryteria naboru** | | | | | |
| 1. **Charakterystyka przedsięwzięcia tworzonego przez żłobki, kluby dziecięce, podmioty świadczące usługi rehabilitacyjne** | | | | | |
| 1. Lokalizacja zakładu, w którym zostaną utworzone stanowiska pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów (Dokładny adres, zgodnie z CEIDG, KRS, REGON, umową najmu lub dzierżawy. W przypadku działalności mobilnych proszę wpisać dodatkowo zakres obszaru, na którym będą wykonywane czynności w ramach tworzonego stanowiska pracy) | | | |  | |
| **2. Planowana liczba nowo tworzonych miejsc pracy dla skierowanych bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów (co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy)** | | | | | |
| 2a. Liczba zatrudnianych na czas nieokreślony: | | |  | | |
| 2b. Liczba zatrudnianych na czas określony: | | |  | | |
| **OGÓŁEM** | | |  | | |
| 3. Opis nowo utworzonych miejsc pracy: proszę podać nazwę zajmowanych stanowisk, krótki zakres obowiązków oraz szacunkową wartość brutto proponowanego wynagrodzenia | | | | | |
| Nazwa stanowiska | Rodzaj pracy, obowiązki | Wymagane kwalifikacje: wykształcenia, uprawnienia, umiejętności, doświadczenie zawodowe, języki obce (poziom znajomości) itp. | | | Wynagrodzenie brutto |
| 3.1 |  |  | | |  |
| 3.2 |  |  | | |  |
| 3.3 |  |  | | |  |
| 3.4 |  |  | | |  |
| 3.5 Godziny pracy (uwzględniając zmianowość) : ……………………………………… | | | | | |
| 3.6. Czy na dzień złożenia wniosku istnieje już w firmie wyżej wymienione stanowisko pracy | | TAK NIE 8 | | | |
| **UWAGA: W przypadku wystąpienia trudności z realizacją oferty, PUP zastrzega sobie możliwość zmiany powyższych ustaleń.** | | | | | |
| **3.7 Kandydat/ci na tworzone stanowisko/a pracy:**  **□ - Mam kandydata/ów**  **□ - Jestem w trakcie poszukiwania kandydata/ów**  **spełniającego/ych kryteria naboru** | | | | | |
| **C. Cele przedsięwzięcia** | | | | | |
| 1. Proszę scharakteryzować podstawowe cele przedsięwzięcia, uzasadnić potrzeby inwestycyjne np. poprawa bhp, wprowadzenie nowego produktu lub usługi lub ich ulepszenie, obniżenie kosztów produkcji, ochrona środowiska, informatyzacja, wzrost sprzedaży, poprawa konkurencyjności na rynku itp. Proszę podać czas potrzebny na realizację przedsięwzięcia oraz spodziewane efekty i wyniki. | | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
| **IV. Inne – proponowane formy zabezpieczeń** |
| a) weksel z poręczeniem wekslowym (aval), d) gwarancja bankowa,  b) poręczenie, e) blokada rachunku bankowego,  c) zastaw na prawach lub rzeczach, f) akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez  dłużnika  \**zakreślić właściwe*  ***dokumenty potwierdzające wysokość dochodów oraz aktualne zobowiązania finansowe, w przypadku uwzględnienia wniosku należy dostarczyć w terminie do 2 miesięcy od dnia uwzględnienia wniosku, przed dniem podpisania umowy.*** |

**Wnioskodawca zobowiązuje się do zapewnienia wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym w związku z zatrudnieniem skierowanych osób.**

# Świadoma/y odpowiedzialności cywilno-karnej za składanie nieprawidłowych danych oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie.

Ponadto oświadczam, że osoba wskazana do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Iławie została zapoznana z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych stanowiącą załącznik nr 3 do wyżej wymienionego regulaminu.

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

miejscowość i data  (pieczątka i podpis Pracodawcy)

**Załączniki do wniosku (kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem):**

1. Szczegółowy wykaz i harmonogram wydatków związanych z tworzonym stanowiskiem – zał. nr 1.

2. Oświadczenie wnioskodawcy – zał. nr 2, 2A, 3, 3A, 4, 4A

3. Oświadczenie o pomocy de minimis – zał. nr 5

4. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę – dotyczy producentów rolnych – załącznik nr 6

5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (wypełnia wyłącznie przedsiębiorca)

6.Zgłoszenie ofert pracy

7. Przedsiębiorcy, którzy:

1. rozliczają się na zasadach ogólnych – składają zaświadczenie o uzyskanych dochodach z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej z Urzędu Skarbowego lub kopię zeznania podatkowego PIT lub CIT, która została złożona w Urzędzie Skarbowym za ubiegły rok. W przypadku przedsiębiorców działających krócej niż rok – oświadczenie o osiągniętych dochodach za bieżący rok
2. płacą zryczałtowany podatek – składają zaświadczenie o uzyskanych przychodach   
   z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej z Urzędu Skarbowego lub kopię zeznania podatkowego PIT 28 za ubiegły rok. W przypadku przedsiębiorców działających krócej niż rok – oświadczenie o osiągniętych dochodach za bieżący rok
3. rozliczają się na zasadzie karty podatkowej – składają kopię decyzji z Urzędu Skarbowego za ubiegły rok oraz oświadczenie o przychodach za rok bieżący.

8. Producent rolny załącza do wniosku 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,

9. Aktualna umowa spółki, w przypadku spółki cywilnej.

10. W przypadku braku adresu, pod którym ma być tworzone stanowisko pracy w dokumentach rejestracyjnych firmy – umowa najmu lub dzierżawy lokalu

**Kopie dokumentów załączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodnością z oryginałem przez wnioskodawcę**

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU NR 1** – kalkulacja i 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, z uwzględnieniem źródła finansowania (dla każdego stanowiska należy wypełnić odrębnie)

**Uwaga!!!**

**Maksymalna kwota refundacji nie może przekroczyć 36.900,00 zł brutto na 1 st. pr. Kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta. Zakupy muszą być poniesione po podpisaniu umowy o refundację. Powiatowy Urząd Pracy w Iławie przed dokonaniem wypłaty refundacji i skierowaniem bezrobotnego stwierdza utworzenie stanowiska pracy.**

Nazwa stanowiska pracy …………………………………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Planowany do zakupienia sprzęt** | **Ilość** | **Wnioskowana kwota refundacjibrutto/PLN\*** | **Środki własne wartość brutto/PLN** | **Całkowity koszt brutto/PLN** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **4+5=6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |  |  |

**UWAGA!!!**

**W przypadku zakupu sprzętu używanego, proszę zaznaczyć – „używany” i uzasadnić poniżej jego zakup**

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

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

\*Zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 5 Rozporządzenia MRPiPS 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 r. poz. 243) wnioskodawca zobowiązany jest do zwrotu równowartości odzyskanego, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tj. Dz. U. z 2022 r. poz.931 z późn. zm.), podatku od zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji

Oświadczam, że wyposażenie stanowiska pracy jest zgodne z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.

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

(miejscowość i data) (podpis)

**UZASADNIENIE:** Poniżej **Wnioskodawca** musi uzasadnić konieczność poniesienia wydatków finansowanych ze środków Funduszu Pracy dla danego stanowiska pracy. Należy w szczególności wykazać konieczność zakupienia danego środka - opisać sposób wykorzystania go przy tworzeniu stanowiska pracy, liczbę osób obsługujących, podstawowe parametry techniczne itd. W przypadku zakupu sprzętu używanego – rok produkcji. Dane przywoływane w uzasadnieniu muszą być zgodne z ich odpowiednikami punktów zawartych w powyższej **tabeli – Załącznik do Wniosku nr1**

**Poz.1:** ………………………………………………………………………………….…………………………...……..………………………………………..…………………………………………………………..………….…………………………….……...……………………………………………………………..……………………………………………………………..……….………………………………………………………………………

**Poz.2:** …………………………………………...………………………………………………………..….……………………………………………………..………………………………………………….…..……………………………………………………………………………………….……….……...…………………………………………………………….…………………..………………………………………………………………………

**Poz.3:** ………………………………………..………….…………………………………………………………..………………….…………………………..……………………………………………….……………………………..………………………………………………………….…………….……...……………………………………………………….…………………………………………………………………………………….……..……

**Poz.4:** ……………………………..….……………………………………………………………..…………………………………………….………………..……………………………………….…..………………………………………….…………………………...…………………………………….……...……………………………………………………………………………………………….….….…..……………………………………………

**Poz.5:** …………………..……………….………….…….………………………….……………………………………………………………………………..……………………………..………………………………………..…………………….………………………………………………………….……...………………………………………..………………………………………..…………………….……………..................................................

**Poz.6:** …………………..…….……………………………………………………….……………………….………….………………………………………..……………………….…………………………………………..………………………….……………………………………………………….……...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Poz.7:** ………………………….……..….……………………………….……………………………………………………….………………………………..…………………………..……………..………………………………………………………….……...…………………………………………………….……………………….

**Poz.8:** …………...………………………………………………………………………………………….…….

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

ZAŁĄCZNIK 2

(podmiot prowadzący działalność gospodarczą)

(niepubliczne przedszkole lub szkoła)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. **nie rozwiązywałam/em stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących 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 gospodarczą** w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalnościgospodarcze**j** nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, **a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzę działalność** na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
4. **nie zalegam w dniu złożenia wniosku** z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikowi (om) oraz z opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
5. **nie zalegam w dniu złożenia wniosku** z opłaceniem w terminie innych danin publicznych;
6. **nie posiadam w dniu złożenia wniosku** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
7. **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 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020, poz. 358 z późn. zm.),
8. **zapoznałem/am się** z aktualnie obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie Regulaminem refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie
9. **podlegam/ nie podlegam \*\*** przepisom pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
10. **otrzymałem/ nie otrzymałem** \*\* innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych

* **w przypadku złożenia załącznika 2A do wniosku należy skreślić cały punkt 2 oświadczenia**

**\*\* niepotrzebne skreślić**

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

Iława, dnia………………………………. …………………..……..………

(pieczęć firmowa i czytelny podpis wnioskodawcy )

ZAŁĄCZNIK 2A

(podmiot prowadzący działalność gospodarczą)

(niepubliczne przedszkole lub szkoła)

**Oświadczenie wnioskodawcy o obniżeniu lub zamiarze obniżenia  
wymiaru czasu pracy pracownika**

**Dotyczy wnioskodawcy, który** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza 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. z 2021 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.*

**Oświadczam, że:**

**- obniżyłem lub zamierzam obniżyć wymiar 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.*

Iława, dnia……………………………….

……………………………………

podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIK 3 (producent rolny)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. **nie rozwiązywałam/em stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. **nie obniżałam/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. **nie zalegam** **w dniu złożenia wniosku** z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikowi (om) oraz z opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. **nie zalegam w dniu złożenia wniosku** z opłaceniem w terminie innych danin publicznych;
5. **nie posiadam w dniu złożenia wniosku** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. **nie byłem karany** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 poz. 1138, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020, poz. 358 z późn. zm.),
7. **zapoznałem(am) się** z aktualnie obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie Regulaminem refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie
8. **podlegam** przepisom pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
9. **otrzymałem/ nie otrzymałem \*\*** innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych

10) **posiadam gospodarstwo rolne** w rozumieniu przepisów o podatku rolnym/ prowadzę działa 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 przed dniem złożenia wniosku.

* **w przypadku złożenia załącznika 3A do wniosku należy skreślić cały punkt 2 oświadczenia**

**\*\* niepotrzebne skreślić**

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

Iława, dnia………………………………. ……………………………………………

(pieczęć firmowa i czytelny podpis wnioskodawcy )

ZAŁĄCZNIK 3A (producent rolny)

**Oświadczenie producenta rolnego o obniżeniu lub zamiarze obniżenia  
wymiaru czasu pracy pracownika**

**Dotyczy producenta rolnego, który** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza 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. z 2021 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.*

**Oświadczam, że:**

**- obniżyłem lub zamierzam obniżyć wymiar 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.*

Iława, dnia………………………………. ……………………………..

podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIK 4 (żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. **nie rozwiązywałam/em stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie rozwiąże stosunku pracy z pracownikiem** w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji
2. **nie obniżałam/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. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikowi (om) oraz z opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłaceniem w terminie innych danin publicznych;
5. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. **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 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2020, poz. 358 z późn. zm.);
7. **zapoznałem(am)** się z aktualnie obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie Regulaminem refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie w Iławie;
8. **otrzymałem/ nie otrzymałem \*\*** innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych
9. **podlegam** przepisom pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

* **w przypadku złożenia załącznika 4A do wniosku należy skreślić cały punkt 2 oświadczenia**

**\*\* niepotrzebne skreślić**

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

Iława,dnia………………………………. …………………..……..………………………………………

(pieczęć firmowa i czytelny podpis wnioskodawcy )

ZAŁĄCZNIK 4A (żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne)

**Oświadczenie wnioskodawcy o obniżeniu lub zamiarze obniżenia  
wymiaru czasu pracy pracownika**

**Dotyczy wnioskodawcy, który** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza 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. z 2021 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.*

**Oświadczam, że:**

**- obniżyłem lub zamierzam obniżyć wymiar 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.*

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

Data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

**Załącznik nr 5**

(podmiot prowadzący działalność gospodarczą,

niepubliczne przedszkole lub szkoła, żłobek, klub dziecięcy,

podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne)

**OŚWIADCZENIE**

Uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej i karnej za fałszywe zeznania oświadczam, co następuje:

w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w 2 latach podatkowych poprzedzających złożenie wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie:

**1**. otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\* pomocy *de minimis,*

- w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy podać wielkość pomocy otrzymanej w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 lat podatkowych poprzedzających złożenie wniosku:

**wielkość otrzymanej pomocy de minimis w złotych: …………………………**

**wielkość otrzymanej pomocy de minimis w euro: ……………………………**

**2**. otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\* pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie[[1]](#footnote-2)

- w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy podać wielkość pomocy otrzymanej w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 lat podatkowych poprzedzających złożenie wniosku:

**wielkość otrzymanej pomocy de minimis w złotych: …………………………**

**wielkość otrzymanej pomocy de minimis w euro: ……………………………**

…………………………………………….

(data i podpis składającego oświadczenie)

*\* niepotrzebne skreślić*

*Załącznik nr 6*

*(producent rolny)*

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

**A. Informacje dotyczące wnioskodawcy**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc:

□działalność w rolnictwie

□działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień udzielenia pomocy1** | **Podstawa prawna2** | **Wartość pomocy3** | **Forma pomocy4** | **Przeznaczenie pomocy5** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

**Objaśnienia:**

1 Dzień udzielenia pomocy – podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2 Podstawa prawna – podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3  Wartość otrzymanej pomocy – podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.

4 Forma pomocy – wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacji, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5 Przeznaczenie otrzymanej pomocy – wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie, czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do przedstawienia informacji:

……………………………………………… …………………………………………….

imię i nazwisko data i podpis

**B. Powiązania z innymi przedsiębiorcami**

Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu? tak nie\*

b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy? tak nie\*

c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi? tak nie\*

d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy? tak nie\*

e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców? tak nie\*

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:

identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców

łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom\*\*

\* niewłaściwe skreślić

\*\*podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi

1. **Wypełnia wnioskodawca w przypadku ubiegania się o pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.** [↑](#footnote-ref-2)