|  |  |
| --- | --- |
| **Znak sprawy: RP.426.** ............ **.2025** | **PREZYDENT MIASTA STOŁECZNEGO WARSZAWY****za pośrednictwem****URZĘDU PRACY M.ST. WARSZAWY** |

**WNIOSEK
W SPRAWIE REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO / SKIEROWANEGO OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ[[1]](#footnote-1) / SKIEROWANEGO DZIENNEGO OPIEKUNA² w ramach pomocy de minimis**

**Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”, „nie posiadam”. Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone. Przyjęcie wniosku do rozpatrzenia nie oznacza przyznania dofinansowania.**

Wniosek składa: (\*)

[ ]  przedsiębiorca,

[ ]  żłobek lub klub dziecięcy,

[ ]  podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne,

[ ]  przedsiębiorstwo społeczne,

[ ]  niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego,

[ ]  niepubliczna szkoła,

[ ]  producent rolny,

zwany w dalszej części wniosku Wnioskodawcą.

(\*)- zaznaczyć właściwe

Wnioskowana kwota refundacji:

□ nie więcej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na 12 m cy

**kwota netto** (dla Wnioskodawcy będącego podatnikiem podatku VAT): ………………..………..zł

**kwota brutto** (dla Wnioskodawcy nie będącego podatnikiem podatku VAT): ……………………zł

Kwota złotych słownie: ……………………………..……………………………………………………

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

□ więcej niż 4-krotność, jednak nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na 18 m cy

**kwota netto** (dla Wnioskodawcy będącego podatnikiem podatku VAT): ………………..………..zł

**kwota brutto** (dla Wnioskodawcy nie będącego podatnikiem podatku VAT): …………………….zł

Kwota złotych słownie: ……………………………..……………………………………………………

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

**INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa podmiotu gospodarczego zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub pieczęć Wnioskodawcy:

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

1. Dokładny adres siedziby:

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

1. W przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą dodatkowo:

Imię i nazwisko właściciela: ................................................................................................

Numer PESEL: …………………………………………………………………………………….

Adres miejsca zamieszkania:

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

1. Adres korespondencyjny (jeśli inny niż adres siedziby):

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

1. **Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego / skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej / skierowanego dziennego opiekuna**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(miejscowość, ulica, nr domu, lokalu).

1. Numer telefonu: ………………………………………………………………………………......
2. Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………….
3. NIP: ………………………………………………………………………………………………….
4. REGON: …….......................................................................................................................
5. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD), powiązany z tworzonym stanowiskiem pracy: …………………………………………………………………
6. Przedsiębiorca prowadzi działalność w rozumieniu przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców od dnia: .......................
7. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej (np.: jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka jawna, z ograniczoną odpowiedzialnością itp.):
………………………………………………………………………………………………………
8. Dane osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy
(imię i nazwisko, nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania):
	1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......
	2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
9. Osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do kontaktu z Urzędem w sprawach związanych z wnioskiem:

Imię i nazwisko / Stanowisko: ................................................................................................ Nr telefonu: ……………………………………………………………………................................

*Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana do kontaktu z Urzędem Pracy m. st. Warszawy została zapoznana z treścią klauzuli informacyjnej związanej z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców w związku z realizacją zadań określonych w ustawie
z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.*

1. Numer konta bankowego widniejący w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, w tzw. białej księdze: .......................................................................................................................
2. Nazwa banku: .......................................................................................................................
3. Sposób prowadzenia sprawozdawczości finansowej (forma opodatkowywania - właściwe zaznaczyć):
4. [ ]  karta podatkowa
5. [ ]  pełna księgowość % ............
6. [ ]  podatek liniowy % ............
7. [ ]  ryczał od przychodów ewidencjonowanych % ............
8. [ ]  zasady ogólne % ............
9. [ ]  książka przychodów i rozchodów % ............
10. Informacje o Wnioskodawcy:

Profil działalności przedsiębiorstwa, w którym zostanie utworzone stanowisko pracy
w związku z wnioskowaną refundacją - branża, główne produkty i ich opis, opis rynku na jakim Wnioskodawca działa, pozycja rynkowa i planowane kierunki rozwoju:

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

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

1. Liczba zatrudnionych wszystkich pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz na dzień złożenia wniosku:

|  |  |
| --- | --- |
| **W dniu złożenia wniosku** | **W okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku** |
| **m-c/rok\_\_\_/\_\_\_** | **m-c/rok\_\_\_/\_\_\_** | **m-c/rok\_\_\_/\_\_\_** | **m-c/rok\_\_\_/\_\_\_** | **m-c/rok\_\_\_/\_\_\_** | **m-c/rok\_\_\_/\_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA:** W tabeli należy podać wszystkich pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia w ZUS.

1. W przypadku spadku zatrudnienia, należy podać przyczynę rozwiązania stosunku pracy:

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

**UWAGA:** W przypadku zmniejszenia czasu pracy lub stanu zatrudnienia np. rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron lub wypowiedzenia umowy przez pracodawcę, należy uzupełnić stan zatrudnienia do stanu najwyższego, jaki występował w okresie ostatnich
6 miesięcy.

1. Uzasadnienie potrzeby zatrudnienia nowego pracownika.

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

1. **PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY** (Proszę zaznaczyć wybraną formę)
2. [ ]  poręczenie,
3. [ ]  weksel in blanco,
4. [ ]  weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
5. [ ]  gwarancja bankowa,
6. [ ]  zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach,
7. [ ]  blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym,
8. [ ]  akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

Zabezpieczenie może zostać ustanowione w jednej lub kilku formach. Przy zabezpieczeniu
w formie weksla in blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia. Nie można łączyć weksla in blanco z aktem notarialnym.

Preferowaną formą zabezpieczenia w Urzędzie Pracy m.st Warszawy jest:

* **Weksel z poręczeniem wekslowym (aval).**

**II. Dane dotyczące zatrudnienia na tworzonym miejscu pracy:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa stanowiska pracy[[2]](#footnote-2)** | **Kod zawodu[[3]](#footnote-3)** | **Wymagany poziom wykształcenia, kierunek wykształcenia, kwalifikacje, uprawnienia** | **Rodzaj wykonywanej pracy****oraz zakres czynności** | **Wymiar czasu pracy[[4]](#footnote-4)** | **Liczba osób⁵** |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej LUB SKIEROWANEGO DZIENNEGO OPIEKUNA- 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. Kalkulacja dotyczy wydatków dla stanowiska pracy i źródła jego finansowania.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szczegółowa specyfikacja dotycząca wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy⁶** | **Liczba sztuk** | **Cena jednostkowa w PLN** | **Całkowita wartość w PLN dla jednego stanowiska** | **Źródła finansowania wyposażanego lub doposażonego stanowiska pracy** |
| **Środki własnew PLN** | **Środki FP/ EFS⁷ w PLN (\*)kwota netto lub brutto⁸** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| **Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy** | **Razem kwota:** |  |

 ~~--~~

⁶ **specyfikacja powinna zawierać zestawy narzędzi oraz rodzaj, nazwy maszyn i urządzeń, sprzętu, mebli i narzędzi a także oprogramowania (w wersji jednostanowiskowej) itp.**

**⁷ FP- Fundusz Pracy lub EFS- Europejski Fundusz Społeczny,**

**\* (wpisać właściwe kwoty)**

**⁸ netto w przypadku czynnych podatników podatku VAT lub**

 **brutto w przypadku niezarejestrowanych lub zwolnionych podatników podatku VAT.**

**UWAGA: Specyfikacja zakupów wskazana we wniosku i zaakceptowana przez Urząd Pracy m.st. Warszawy, zostanie wykazana
w umowie w postaci katalogu wydatków. Specyfikacja powinna być przygotowana w sposób zwięzły. Urząd Pracy m.st. Warszawy ma prawo zaproponować zmiany w przedstawionej przez podmiot specyfikacji zakupów. W szczególnie uzasadnionych przypadkach na pisemny wniosek podmiotu Urząd Pracy m.st. Warszawy może wyrazić zgodę na zmianę w katalogu wydatków. Wniosek należy złożyć przed dokonaniem zmian w zakupach. Odstępstwo w katalogu wydatków bez wcześniejszej zgody Urzędu Pracy m.st. Warszawy może skutkować nieuwzględnieniem poniesionych wydatków.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zakupu** | **Ewentualne wyjaśnienia i uzasadnienia dotyczące zastosowania planowanych zakupów na refundowanym stanowisku pracy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Kwota refundacji obejmuje koszty poniesione w terminie 30 dni od dnia podpisania umowy.**

**Refundacja obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług. Oznacza to, że w przypadku, gdy Wnioskodawcy przysługuje prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego
o kwotę podatku naliczonego, wypłacana jest kwota netto.**

**W przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest podatnikiem podatku VAT, wówczas wypłacana jest kwota brutto.**

Przy wykorzystaniu stanowiska pracy w pracy zmianowej wysokość przyznanej refundacji określona w zawartej umowie stanowić będzie kwotę nie wyższą niż iloczyn kwoty:

* + - 1. nie większej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na okres 12 miesięcy,
			2. większej niż 4-krotność, jednak nie większej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia
			w przypadku zatrudnienia na okres 18 miesięcy,

oraz liczby skierowanych bezrobotnych/opiekunów osób niepełnosprawnych/dziennych opiekunów, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zatrudnionych na tym stanowisku pracy.

**Refundacja jest dokonywana po przedłożeniu rozliczenia i udokumentowaniu wydatków poniesionych w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia rozliczenia zakupów oraz po zatrudnieniu na tym stanowisku skierowanego bezrobotnego / opiekuna osoby niepełnosprawnej / dziennego opiekuna i spełnieniu innych warunków określonych
w zawartej umowie.**

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

* + - 1. [ ]  **prowadził /** [ ]  **nie prowadził** działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej),
			2. [ ]  **nie zalega /** [ ]  **zalega** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom,
			3. [ ]  **nie zalega /** [ ]  **zalega** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na:
* ubezpieczenie społeczne,
* ubezpieczenie zdrowotne,
* Fundusz Pracy
* Fundusz Solidarnościowy,
* Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
* Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
* Fundusz Emerytur Pomostowych.
	+ - 1. [ ]  **nie zalega /** [ ]  **zalega** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
			2. [ ]  **nie posiada /** [ ]  **posiada** nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne,
			3. [ ]  **nie znajduje się /** [ ]  **znajduje** się w stanie likwidacji lub upadłości,
			4. [ ]  **nie był /** [ ]  **był** prawomocnie skazany w okresie ostatnich 2 lat za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny lub za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego,
			5. [ ]  **jest /** [ ]  **nie jest** na dzień składania wniosku podatnikiem podatku od towarów i usług, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004r. od podatku od towarów i usług,
			6. [ ]  **nie zmniejszył /** [ ]  **zmniejszył** wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników
			z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy,
			7. [ ]  **uzupełnił /** [ ]  **nie uzupełnił** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia pracowników
			w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, o ile miało miejsce zmniejszenie wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia, z innych przyczyn np. porozumienia stron czy wypowiedzenia umowy przez pracodawcę,
			8. [ ]  **jest /** [ ]  **nie jest** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy
			o postepowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
			9. [ ]  **otrzymał /** [ ]  **nie otrzymał** pomoc de minimis w wysokości ……….……..................... zł w okresie minionych 3 lat,
			10. [ ]  **otrzymał /** [ ]  **nie otrzymał** pomoc de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie w wysokości …………..………………zł w okresie minionych 3 lat,
			11. [ ]  **zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy m. st. Warszawy otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis,
			12. [ ]  **nie podlega wykluczeniu** z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie art. 5l rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, zm. rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 (Dz.U.UE.2022.111.1),
			13. [ ]  **nie jest** związany/a z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście,
			14. [ ]  **zapoznał/a** się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA: [https://www.gov.pl](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami),

 **(dodatkowo w przypadku szkoły/przedszkola)**

1. przedszkole/szkoła**⁷** [ ]  **prowadzi /** [ ]  **nie prowadzi** działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

**(dodatkowo w przypadku producenta rolnego)**

1. producent rolny [ ]  **posiada /** [ ]  **nie posiada** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów
o podatku rolnym lub [ ] **prowadzi /** [ ]  **nie prowadzi** 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,
2. [ ]  **nie zalega /** [ ]  **zalega** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na:
* ubezpieczenia społeczne rolników,
* ubezpieczenia zdrowotne,
1. producent rolny [ ]  **zatrudniał /** [ ]  **nie zatrudniał** w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy,
2. [ ]  **spełnia** **/** [ ]  **nie spełnia** warunki 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, z późn.zm.).

**Wnioskodawca zobowiązuje się do:**

[ ]  **zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego,**

[ ]  **zatrudnienia opiekuna osoby niepełnosprawnej / dziennego opiekuna w co najmniej połowie pełnego wymiaru czasu pracy,**

[ ]  **utrzymania przez okres 12 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku
z przyznaną refundacją,**

[ ]  **utrzymania przez okres 18 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku
z przyznaną refundacją,**

[ ]  **zwrotu równowartości podatku od towarów i usług zakupionych w ramach umowy refundacji w terminie 90 dni od dnia złożenia pierwszej deklaracji podatkowej dotyczącej podatku od towarów i usług, w której kwota tego podatku mogła być wskazana do odliczenia, w przypadku nabycia prawa do obniżenia kwoty podatku
w trakcie trwania umowy oraz w okresie 5 lat od momentu zakończenia umowy refundacji.**

**Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że :**

Urząd Pracy m. st. Warszawy **nie dokona refundacji** w przypadku, gdy wnioskodawca nie spełni warunku niezmniejszania wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnienia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia, które jest weryfikowane na dzień składania wniosku oraz na dzień podpisania umowy refundacji.

Informuję, że spełniam/-my 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 a także zapoznałem/am/liśmy się z obowiązującymi w Urzędzie Pracy m. st. Warszawy zasadami przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

Wyrażam/-y zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Urząd Pracy m.st. Warszawy dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w tym refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, o których mowa w ustawie z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy
i służbach zatrudnienia, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

**Prawdziwość oświadczeń i informacji podanych we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Jestem/śmy świadomy/a/mi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | (data) |  |  | pieczątka i podpis/y osoby/osób reprezentującej/ych Wnioskodawcę/ów |  |

**Załączniki do wniosku:**

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - wzór formularza jest na stronie https://uokik.gov.pl/.**
2. Wnioskodawca ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy, wraz z wnioskiem zaświadczenia lub oświadczenia
o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis
w rybołóstwie, jaką otrzymał w okresie minionych 3 lat oraz oświadczenie o wielkości
i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
3. **Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu/nieruchomości/budynku, w którym ma być utworzone miejsce pracy na terenie m.st. Warszawy.**
4. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa. W przypadku szkoły niepublicznej / przedszkola niepublicznego zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych.
5. Pełnomocnictwo notarialne do reprezentowania Wnioskodawcy nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w dokumencie rejestrowym.
6. Producent rolny dołącza dokumenty potwierdzające zatrudnienie w każdym miesiącu,
w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

**Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji. Wniosek może zostać uwzględniony tylko, jeśli jest kompletny i prawidłowo sporządzony.**

**Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.**

Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Urząd Pracy m. st. Warszawy informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych, w tym danych osobowych jest Urząd Pracy m.st. Warszawy mający siedzibę przy ul. Grochowskiej 171B, 04-111 Warszawa, reprezentowany przez Dyrektora Urzędu Pracy m.st. Warszawy.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
* realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
* realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO; ujętych w ustawie z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r. poz. 620) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.
1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
* Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
* Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
1. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz
w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie
z odrębnymi przepisami.
2. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia
i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
* pod adresem e-mail: iod@up.warszawa.pl.,
* lub pisemnie na adres siedziby Urzędu.
1. Opiekun osoby niepełnosprawnej to osoba poszukująca pracy niezatrudniona i niewykonująca innej pracy zarobkowej.

² Dzienny opiekun to osoba sprawująca opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym. [↑](#footnote-ref-1)
2. zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności [↑](#footnote-ref-2)
3. zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności - KZiS) (sześciocyfrowy) [↑](#footnote-ref-3)
4. cały etat dla skierowanego bezrobotnego / min ½ etatu dla opiekuna osoby niepełnosprawnej / min. ½ etatu dla dziennego opiekuna

⁵ w przypadku pracy zmianowej i używania sprzętu, maszyn, urządzeń przez dwie lub więcej osób, należy wskazać dwóch lub więcej pracowników do zatrudnienia [↑](#footnote-ref-4)