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

 (miejscowość i data)

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

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

# w Gorlicach

**WNIOSEK**

**o refundację ze środków Funduszu Pracy**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

(należy dokonać wyboru jednej z niżej wskazanych grup zaznaczając odpowiedni kwadrat)

 🞎 **dla skierowanego bezrobotnego**

 🞎 **dla skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej**

 🞎 **dla skierowanego poszukującego pracy absolwenta**

**Podstawa prawna:**

* Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735)
* Rozporządzenie 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)
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 743 ze zm.)
* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 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)
* Rozporządzenie 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)

**Uwaga:**

* + **Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z *Kryteriami i preferencjami realizacji refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy*, zamieszczonymi na stronie internetowej http://gorlice.praca.gov.pl.**
	+ Wniosek należy wypełnić czytelnie.
	+ Fakt złożenia wniosku nie oznacza przyznania środków Funduszu Pracy.
	+ Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
	+ Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
	+ Wniosek winien być podpisany przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do wniosku, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Wnioskodawca jest: (właściwe zaznaczyć)

** żłobkiem lub klubem dziecięcym sprawującym opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzącym dla nich zajęcia** (tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3)

** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych**

2. Pełna nazwa wnioskodawcy (w przypadku osoby fizycznej także imię i nazwisko) …………………….................

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

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

3. Adres siedziby wnioskodawcy lub adres miejsca zamieszkania ………………………………………...……….….

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

4. Adres do korespondencji …………………………………………. ………………………………………………….…

5. Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany ……………………………………………........

6. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej ..............................................................................................

7. Wielkość wnioskodawcy[[1]](#footnote-1) ............................................................................................................................................

8. NIP................................................ REGON......................................................................................……………..…

9. Kod PKD przeważający ............................... Kod PKD związany z tworzonym stanowiskiem pracy …………………..

10. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ……………………………………………………….....……….…..

11. Osoba uprawniona do reprezentowania wnioskodawcy ...........................................................................................

12. Osoba odpowiedzialna za kontakt z Urzędem ……………………………………………………………………..

13. Telefon kontaktowy ............................................................... e-mail: ......................................................................

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych / opiekunów / absolwentów ….……….......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa stanowiska pracy\* .............................................................................................................. | Kod zawodu\*........................................................ |
| Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP, w tym:**- Poziom wykształcenia** ***(„co najmniej"):**** gimnazjalne / podstawowe i poniżej
* [zasadnicze](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykszta%C5%82cenie_zasadnicze) zawodowe / branżowe,

 preferowany kierunek: ……………………………………………………….…* [średnie](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykszta%C5%82cenie_%C5%9Brednie) ogólnokształcące,
* policealne i [średnie zawodowe/branżowe](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Wykszta%C5%82cenie_%C5%9Brednie_bran%C5%BCowe&action=edit&redlink=1),

preferowany kierunek: …………………………………………………….…. * [wyższe](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykszta%C5%82cenie_wy%C5%BCsze), preferowany kierunek ……………………………………………………………

**- Staż pracy**...................................................................................................................................................................... **- Niezbędne umiejętności, uprawnienia** ............................................................................................................................................................................................- **Inne wymagania** ............................................................. | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę skierowaną (szczegółowy opis zadań wykonywanych na stanowisku)...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... |
| Wymiar czasu pracy (min. ½ etatu)…………………………………….. | Godziny pracy............................................. | Zmianowość ...................................................... |

\* zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej <http://psz.praca.gov.pl/klasyfikacja_zawodow/index.php>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa stanowiska pracy\* .............................................................................................................. | Kod zawodu\*........................................................ |
| Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP, w tym:**- Poziom wykształcenia** ***(„co najmniej"):**** gimnazjalne / podstawowe i poniżej
* [zasadnicze](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykszta%C5%82cenie_zasadnicze) zawodowe / branżowe,

 preferowany kierunek: ……………………………………………………….…* [średnie](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykszta%C5%82cenie_%C5%9Brednie) ogólnokształcące,
* policealne i [średnie zawodowe/branżowe](https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Wykszta%C5%82cenie_%C5%9Brednie_bran%C5%BCowe&action=edit&redlink=1),

preferowany kierunek: …………………………………………………….…. * [wyższe](https://pl.wikipedia.org/wiki/Wykszta%C5%82cenie_wy%C5%BCsze), preferowany kierunek ……………………………………………………………

**- Staż pracy**...................................................................................................................................................................... **- Niezbędne umiejętności, uprawnienia** ............................................................................................................................................................................................- **Inne wymagania** ............................................................. | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę skierowaną (szczegółowy opis zadań wykonywanych na stanowisku)...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... .................................................................................... |
| Wymiar czasu pracy (min. ½ etatu)…………………………………….. | Godziny pracy............................................. | Zmianowość ...................................................... |

\*zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – <http://psz.praca.gov.pl/klasyfikacja_zawodow/index.php>

1. Miejsce wykonywania pracy przez osoby skierowane (podać dokładny adres) ........................................................ ...................................................................................................................................................................................
2. Wnioskodawca **zapewnia / nie zapewnia / nie dotyczy** (właściwe podkreślić)

dojazd do miejsca pracy i zakwaterowanie w przypadku pracy w delegacji.

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla osób skierowanych (brutto) ………….……………..
2. Opis planowanej inwestycji związanej z tworzeniem miejsc pracy *(potrzeby stworzenia nowego miejsca pracy)*

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Wnioskowana kwota refundacji …………….....….zł, słownie …………………….….…….………………. zł.

**III. ANALIZA FINANSOWA**

1. **Kalkulacja wydatków** na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Liczba miejsc pracy  | Źródła finansowania nowych stanowisk pracy (w zł) | Koszt utworzenia stanowiska pracy(razem w zł) |
| Środki własne | Środki z Funduszu Pracy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |

**UWAGA: w przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, pkt 2 należy przygotować oddzielne dane dla każdego stanowiska pracy**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wyszczególnienie wydatków** | Liczba szt. | Sprzęt używany(zaznaczyć X)**\*\*** | **Koszt zakupu (w zł) /w kwotach brutto/** | **Uzasadnienie zakupów** związanych z wyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy dla osoby skierowanej, finansowanych ze środków Funduszu Pracy pod kątem ich **celowości, niezbędności i przydatności w wykorzystaniu do pracy na refundowanym stanowisku (należy wskazać do czego będzie służył dany sprzęt osobie zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy, jak będzie wykorzystany)** |
| Finansowany ze środków własnych | **Finansowany** **z Funduszu Pracy\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

\*Kwoty poszczególnych zakupów nie powinny przekraczać średniorynkowej ceny analogicznego produktu z uwzględnieniem sprzętu do zastosowań profesjonalnych. W przypadku zaproponowania zakupów w cenie przewyższającej cenę średniorynkową należy szczegółowo uzasadnić konieczność zakupu danego sprzętu z uwzględnieniem jego parametrów technicznych i zastosowania praktycznego na tworzonym stanowisku pracy.

\*\*W przypadku zakupu sprzętu używanego konieczność udokumentowania fakturą i dostarczenia deklaracji pochodzenia sprzętu i oświadczenia sprzedającego.

 W przypadku zakupu samochodu należy podać jego parametry.

**IV. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA W FIRMIE:**

1. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę ogółem \* | Liczba etatów |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

 \* zgodnie z danymi przedstawianymi w imiennych raportach miesięcznych ZUS RCA

1. Liczba osób, z którymi w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

rozwiązano stosunek pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba osób,z którymirozwiązano stosunek pracy | Liczba osób,którym obniżono wymiar czasu pracy\**(bez względu na stronę wnioskującą)* | Liczba osób zwolnionychza wypowiedzeniem przez wnioskodawcę | Liczba osób zwolnionych na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników | Liczba osób zwolnionychz innych przyczyn niż za wypowiedz. przez zakład pracy lub na mocy porozumienie stron z przyczyn niedotycz. pracowników i **powód rozwiązania** stosunku pracy |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | miesiąc złożenia wniosku |  |  |  |  |  |

\* W przypadku obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku lub takiego zamiaru w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji 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 żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne załącza do wniosku stosowne oświadczenie.

3. Stan zatrudnienia **na dzień złożenia wniosku** wynosi ................ osób, w tym …………. etatów.

4. Liczba umów o pracę zawartych na czas określony, których termin obowiązywania kończy się w miesiącu składania wniosku lub w ciągu 3 kolejnych miesięcy wynosi ...............

 Kontynuacja zatrudnienia po ich zakończeniu planowana jest dla ............ osób.

1. Liczba osób, które na dzień złożenia wniosku przebywają w okresie wypowiedzenia: ............... osób.

6. Termin wypłaty wynagrodzeń: (właściwe zaznaczyć)

□ wynagrodzenie wypłacane w miesiącu, w którym świadczono pracę,

□ wynagrodzenie wypłacane w miesiącu następnym po miesiącu świadczenia pracy.

7. **Złożyłem(am) / nie złożyłem(am)** wniosek o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub

 doposażenia stanowiska pracy na miejsce(a) pracy wyszczególnione w ww. wniosku, do innego starosty.

 (właściwe podkreślić)

**V. ZABEZPIECZENIE PRAWIDŁOWEGO WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW**

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu przyznanych środków: (właściwe zaznaczyć)

□ weksel z poręczeniem wekslowym (aval),

□ gwarancja bankowa,

□ blokada środków na rachunku bankowym,

 □ inna forma zabezpieczenia (należy wskazać jaka): …………………………………………….………………..

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 KK: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

(pieczęć, podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania)

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA WNIOSKU**

(Uwaga: Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem)

1. Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1.
2. Oświadczenie o pomocy de minimis – załącznik nr 2.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

(druk dostępny w Dz. U. z 2014 r. poz. 1543 oraz na stronie internetowej http://gorlice.praca.gov.p)

1. W przypadku producentów rolnych dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.
2. W przypadku ubiegania się wnioskodawcy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia więcej niż jednego stanowiska pracy, pkt 2 *Szczegółowa specyfikacja wydatków* w III części Analiza finansowa (strona 4 wniosku) należyprzygotować oddzielnie dla każdego stanowiska pracy.
3. Inne dokumenty: .........................................................................................................................................................................

#### Załącznik nr 1

do Wniosku o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**ŻŁOBKA , KLUBU DZIECIĘCEGO LUB**

**PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 KK: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”)**

**oświadczam, że:**

1. **zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z :
* wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
* opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
* opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),
1. **posiadam / nie posiadam**\* nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

3) **byłem / nie byłem\*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi

gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 358 ze zm.),

4) **obniżyłem / nie obniżyłem \*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wymiar czasu pracy pracownika,

W przypadku obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku lub takiego zamiaru w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji 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 żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne załącza do wniosku stosowne oświadczenie,

5) **rozwiązałem / nie rozwiązałem\*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku

stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika,

6) **spełniam / nie 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) oraz w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 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),

7) **otrzymałem / nie otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie

 wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,

8) w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia wniosku **zostałem / nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,

9) **składam / nie składam\*** sprawozdania finansowe, sporządzane zgodnie z przepisami o rachunkowości,

10) **jestem / nie jestem\*** płatnikiem podatku VAT,

 w ramach wnioskowanych środków **mogę / nie mogę\*** obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony,

11) **zobowiązuje się** do złożenia w dniu podpisania umowy stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Gorlicach, otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis,

12) **przyjmuję do wiadomości**, że Powiatowy Urząd Pracy nie dokona refundacji, w przypadku gdy wnioskodawca w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji rozwiąże stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez zakład pracy, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników,

13) **przyjmuję do wiadomości**, że Powiatowy Urząd Pracy nie dokona refundacji, w przypadku gdy w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji wnioskodawca będący żłobkiem lub klubem dziecięcym lub podmiotem świadczącym usługi rehabilitacyjne zmniejszy wymiar czasu pracy pracownika na podstawie innej niż określonej w art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub aneksie do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19

14) **przyjmuję do wiadomości**, że Powiatowy Urząd Pracy nie może zrefundować wydatków, na których finansowanie wnioskodawca otrzymał wcześniej środki publiczne,

15) **przyjmuję do wiadomości**, że wypłata refundacji i skierowanie bezrobotnego/opiekuna/absolwenta, będzie możliwe po przeprowadzeniu przez Urząd kontroli wstępnej, stwierdzającej utworzenie stanowiska pracy, jego wyposażenie lub doposażenie,

16) **zobowiązuję się** do:

a) zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy przez okres co najmniej 24 miesięcy skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna lub skierowanego absolwenta co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy (zatrudnienie osoby musi nastąpić po zorganizowaniu stanowiska pracy, przedłożeniu rozliczenia, o którym mowa w § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia, stwierdzeniu przez Urząd faktu utworzenia stanowiska pracy, jego wyposażenia lub doposażenia, skierowaniu przez Urząd bezrobotnego/opiekuna/absolwenta na nowoutworzone stanowisko pracy),

b) utrzymania przez okres 24 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku z przyznaną refundacją,

17) **przyjmuję do wiadomości**, że:

a) niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w pkt 16 niniejszego oświadczenia powoduje obowiązek zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, refundacji w wysokości proporcjonalnej do okresu niezatrudniania na utworzonym stanowisku pracy skierowanego bezrobotnego, opiekuna lub absolwenta,

b) naruszenie warunków umowy innych niż określone w pkt 16 niniejszego oświadczenia powoduje obowiązek zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania środków,

c) doboru kandydatów na tworzone w ramach wyposażenia lub doposażenia stanowisko pracy dokonuje Powiatowy Urząd Pracy.

18) **oświadczam,** że zapoznałem się z treścią Kryteriów i preferencji realizacji refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy w PUP w Gorlicach*,* zamieszczonych na stronie internetowej http://gorlice.praca.gov.pl.

19) **DEKLARACJA KONTYNUACJI ZATRUDNIENIA**

**zobowiązuję się / nie zobowiązuję się\*** do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego/ opiekuna/ absolwenta przez okres kolejnych 3 miesięcy następujących bezpośrednio po okresie wymaganym umową (tj. po okresie 24 miesięcy zatrudnienia).

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

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

 /miejscowość, data/

 …................................................... \* właściwe podkreślić /pieczęć i podpis wnioskodawcy/

**Załącznik nr 2**

do Wniosku o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

……………………………

 pieczęć wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam co następuje:

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

(pełna nazwa Wnioskodawcy)

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej **nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am[[2]](#footnote-2)** pomoc publiczną de minimis**[[3]](#footnote-3)** w następującej wielkości:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna jej otrzymania | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy | Wartość pomocy brutto |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |

 …………………… ……………………………….

 miejscowość, data pieczęć i podpis wnioskodawcy

1. Zgodnie z ustawą z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r., poz. 162 ze zm):

**mikroprzedsiębiorca -** przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

**mały przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;

**średni przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

	1. zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz
	2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą; [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

a) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;

b) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

c) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;

d) jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

 Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo. [↑](#footnote-ref-3)