#### Załącznik nr 1b

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**PRODUCENTA ROLNEGO**

**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) **posiadam / nie posiadam**\* gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

4) **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 2021 r. poz. 2345) 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.),

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

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

stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez zakład pracy bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika,

7) **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 wszystkie przesłanki do udzielenia pomocy de minimis w sektorze produkcji rolnej w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9),

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

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

9) 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,

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

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

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

12) **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,

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

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, 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 w pełnym wymiarze czasu pracy lub skierowanego opiekuna 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 na nowo utworzone 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 lub opiekuna, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania środków,

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 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/