*Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 9/2024*

*Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Jaworze*

*z dnia 29 lutego 2024 roku*

Wpisano do rejestru wniosków pod numerem:

………………………………..  
pieczęć firmowa pracodawcy

**POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE** Centrum Aktywizacji Zawodowej

Ul. Strzegomska 7  
59-400 Jawor

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA**

**STANOWISKA PRACY**

*Zgodnie z art. 46 ust. 1 pkt 1,1a,1b,1c ust. 5, 5a, 5b,5c Ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzeniem 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.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Wnioskowana kwota refundacji kosztów doposażenia/ wyposażenia stanowiska pracy** | **…………………………………………….zł** |
| **2** | **Liczba planowanych do utworzenia stanowisk pracy** |  |
| **3** | **Stanowisko/a zostanie/ą utworzone dla** | * skierowanego/-ych bezrobotnego/-ych lub * skierowanego/-ych poszukującego/-ych pracy absolwenta/-ów lub * skierowanego/-ych opiekuna/-ów: |
| **4** | **Nazwa stanowiska/ stanowisk pracy:** |  |
|  |
|  |
|  |
| **5.** | **Deklaracja dalszego zatrudnienia  po upływie 24 miesięcy przez okres co najmniej 30 dni**. | * **TAK** * **NIE** |

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pełna nazwa Wnioskodawcy**  /zgodnie z dokumentami rejestrowymi/  **Imię i Nazwisko**  **/**w przypadku osoby fizycznej/ |  |
|  | **Adres siedziby/ adres miejsca zamieszkania** |  |
|  | **Telefon** |  |
|  | **Fax** |  |
|  | **E-mail** |  |
|  | **NR PESEL**  /w przypadku osoby fizycznej/ |  |
|  | **NIP/ REGON** /jeśli został nadany/ | **/** |
|  | **Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)** | 1. **Kod PKD** **przeważający** (wraz z opisem)   ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… |
| 1. **Kod PKD wykonywanej działalności gospodarczej związany z tworzonym stanowiskiem pracy** (wraz z opisem)   ……………….……………………………..……………………………  ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… |
|  | **Wnioskodawcą jest** | * Podmiot prowadzący działalność gospodarczą, * niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła * producent rolny, * żłobek, klub dziecięcy sprawujący opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzący zajęcia dla dzieci niepełnosprawnych, * podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych. |
|  | **Data rozpoczęcia działalności** | r. |
|  | **Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności** |  |
|  | **Dane osoby odpowiedzialnej ze strony Wnioskodawcy za realizację umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy** | Imię i nazwisko.............................................................................. |
| Stanowisko.................................................................................. |
| Adres e- mail …………………………….………………………………… |
| Tel. kontaktowy.............................................................................. |
|  | **Nazwa banku i nr konta** | ……………………………………………………………………….------ |

1. **Rodzaj prowadzonej działalności** - opisać ogólnie oraz pod kątem tworzonego stanowiska (czym zajmuje się firma, jaki produkt/ usługę oferuje)

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

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

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

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

1. **Działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego:**

* TAK
* NIE
* ***odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy:***

1. Beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo
2. Prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.
3. **Podlegam opodatkowaniu podatkiem:**

* *zasady ogólne*
* *zryczałtowany podatek dochodowy*
* *karta podatkowa*
* *podatek od osób prawnych*

1. **Płatnik podatku VAT:**

* **TAK**
* **NIE**

***Podstawa zwolnienia*** *......................................................................................................................................*

Podatek VAT rozliczany jest □ miesięcznie □ kwartalnie

1. **INFORMACJA O WŁAŚCICIELU:** /należy wypełnić w przypadku działalności indywidualnej i spółki cywilnej/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Nazwisko i imię** |  | |
| 2 | **Dowód osobisty** | seria ………............…..nr ………………………………………  wydany przez ………………......…………….…………………  dnia ……………………………........... | |
| 3 | **Pesel** |  | |
| 4 | **Miejsce zamieszkania / z kodem/** |  | |
| 5 | **Tel. Kom.** |  | |
| 6 | **Stan cywilny** |  | |
| 7 | **Rozdzielność majątkowa**  /zaznaczyć właściwe x/ |  | **nie posiadam rozdzielności majątkowej**  (obecność współmałżonka do podpisania umowy jest wymagana,należy wypełnić dane dot. Współmałżonka) |
|  | **posiadam rozdzielność majątkową na**  **podstawie wyroku sądu nr ……………..**  **z dnia …………….**  (należy dostarczyć dokument potwierdzający rozdzielność majątkową do wglądu) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Nazwisko i imię** |  | |
| 2 | **Dowód osobisty** | seria ………............…..nr ………………………………………  wydany przez ………………......…………….…………………  dnia ……………………………........... | |
| 3 | **Pesel** |  | |
| 4 | **Miejsce zamieszkania / z kodem/** |  | |
| 5 | **Tel. Kom.** |  | |
| 6 | **Stan cywilny** |  | |
| 7 | **Rozdzielność majątkowa**  /zaznaczyć właściwe x/ |  | **nie posiadam rozdzielności majątkowej**  (obecność współmałżonka do podpisania umowy jest wymagana,należy wypełnić dane dot. Współmałżonka) |
|  | **posiadam rozdzielność majątkową na**  **podstawie wyroku sądu nr ……………..**  **z dnia …………….**  (należy dostarczyć dokument potwierdzający rozdzielność majątkową do wglądu) |

1. **DANE DOT. TWORZONEGO STANOWISKA PRACY**
2. **Tabela 1 - Szczegóły stanowisk pracy, które zostaną utworzone:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Nazwa**  **stanowiska pracy:** | **Stanowisko nr 1** | **Stanowisko nr 2** | **Stanowisko nr 3** |
|  |  |  |
| 2 | **Kod zawodu**  /zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – www.klasyfikacje.gofin.pl/ |  |  |  |
| 3 | **Liczba miejsc pracy**  **do utworzenia** |  |  |  |
| 4 | **Zmianowość** |  |  |  |
| 5 | **Godziny pracy** |  |  |  |
| 6 | **Wymiar czasu pracy**  -pełny wymiar czasu pracy  lub  - połowa wymiaru czasu pracy /możliwe w przypadku opiekuna i absolwenta, a także bezrobotnego gdy wnioskodawcą jest żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne/ |  |  |  |
| 7 | **Wymagane kwalifikacje** |  |  |  |
| 8 | **Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana** |  |  |  |
| 9 | **Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia za pracę w kwocie brutto** |  |  |  |

1. **Miejsce wykonywania pracy** skierowanego bezrobotnego/ opiekuna/ poszukującego pracy absolwenta **(adres):** w przypadku różnych lokalizacji dla poszczególnych stanowisk proszę podać wszystkie (z przypisaniem do poszczególnych stanowisk):

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

1. **Tabela 2 - Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Wyszczególnienie zakupów** | **Źródła finansowania nowych stanowisk pracy** | | |
| **Środki pochodzące z refundacji**  – kwota brutto zł | **Środki własne**  – kwota brutto zł | **Całkowita wartość**  – kwota brutto zł |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **RAZEM** | | |  |  |  |

1. **Tabela 3 - Szczegółowa specyfikacja i harmonogram zakupów w ramach wnioskowanych środków** (*w szczególności na zakup środków trwałych, maszyn urządzeń, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności* *stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii).*

***⇒ W przypadku wnioskowania o więcej niż jedno stanowisko pracy, należy sporządzić szczegółową specyfikację wydatków dla każdego stanowiska /tabela 3/ oraz uzasadnienie zakupów /tabela 4/.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Specyfikacja zakupów dot. tworzonego stanowiska pracy**  ……………………………………………………………………………………………………..……  /nazwa stanowiska/ | | | | | |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie sprzętu**  **/**wszystkie zakupy, które zostaną dokonane w celu utworzenia stanowiska pracy/ | **Określenie pochodzenia sprzętu**  **/**nowy/ używany/ | **Środki pochodzące z refundacji** | | |
| **Wartość brutto w zł** | **Wartość podatku Vat** | **Podstawa rozliczenia**   * faktura * umowa kupna sprzedaży * rachunek imienny * faktura uproszczona \* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| **Razem**  wnioskowana kwota brutto na doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy | | |  |  |  |

* + *Kwota refundacji obejmuje koszty poniesione od dnia zawarcia umowy do dnia zatrudnienia osoby skierowanej przez PUP w Jaworze.*
  + *Suma wartości brutto musi być zgodna z wnioskowaną kwotą.*
  + *W przypadku zakupu sprzętu używanego wartość sprzętu musi przekraczać kwotę 15 000,00 zł*
  + *Refundacja nie może zostać wykorzystana na zakup sprzętu (środków trwałych, maszyn, urządzeń, narzędzi), którego zakup był już uprzednio finansowany lub współfinansowany ze środków z pomocy krajowej lub wspólnotowej w ciągu ostatnich 7 lat.*
  + ***\* Faktura uproszczona*** *jest paragonem fiskalnym nieprzekraczającym kwoty 450 zł lub 100 euro* pod warunkiem, że zawiera dane pozwalające określić dla poszczególnych stawek podatku kwotę podatku oraz określa strony transakcji.

1. **Tabela 4 - Uzasadnienie zakupów związanych z wyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Sprzęt/ przedmiot** | **Uzasadnienie zakupu**  /do czego będzie służył dany sprzęt/przedmiot osobie zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy/ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA**

* zastaw na prawach lub rzeczach/- jakich/ ……………………………………...

…………………………………………………………………………………………..

/należy dołączyć do wniosku fotografię i dokument księgowy potwierdzający wartość netto na dzień złożenia wniosku/

* gwarancja bankowa,
* blokada rachunku bankowego – lokaty terminowej odnawialnej
* poręczenie wekslowe

przez dwie osoby w wieku do 70 lat stale zamieszkujące i osiągające dochody   
w Polsce minimum 5 500,00 zł brutto miesięcznie dla każdej z nich

*(w przypadku ubiegania się o refundację wyposażenia lub doposażenia więcej niż jednego miejsca pracy, Wnioskodawca musi mieć proporcjonalnie większą liczbę poręczycieli. W tej sytuacji należy wypełnić ponownie str. 9)*

**Poręczyciel 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Nazwisko i imię** |  |
| 2 | **Dowód osobisty** | seria ………............…..nr ………………………………………  wydany przez ………………......…………….…………………  dnia ……………………………........... |
| 3 | **Pesel** |  |
| 4 | **Zakład pracy** |  |
| 5 | **Adres zamieszkania** |  |
| 6 | **Stan cywilny** |  |

**Poręczyciel 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Nazwisko i imię** |  |
| 2 | **Dowód osobisty** | seria ………............…..nr ………………………………………  wydany przez ………………......…………….…………………  dnia ……………………………........... |
| 3 | **Pesel** |  |
| 4 | **Zakład pracy** |  |
| 5 | **Adres zamieszkania** |  |
| 6 | **Stan cywilny** |  |

1. **STAN ZATRUDNIENIA**

**Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**:

* 1. w dniu złożenia wniosku ............................................................................
  2. w **ostatnich** **6 miesiącach** poprzedzających dzień złożenia wniosku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Miesiąc/rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników** | **W tym liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

***Pouczenie:*** *do stanu zatrudnienia nie wlicza się osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenie, umowy**o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów, osób korzystających z urlopów wychowawczych, macierzyńskich oraz urlopów bezpłatnych powyżej 3 miesięcy.*

**Zmniejszenia wymiaru czasu pracy dokonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku nastąpiły z powodu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem **dokonanym przez** **Wnioskodawcę** | ………………osoba/osób |
| 2 | rozwiązania stosunku pracy **na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących** **pracowników** | ………………osoba/osób |
| 3 | **zmniejszenia wymiaru czasu** pracy pracownika **dokonanym przez** **Wnioskodawcę** | ………………osoba/osób |
| 4 | z **innych przyczyn**–/należy podać przyczyny zwolnienia/ art. Kodeksu Pracy | ………………osoba/osób  na podstawie art. ………kodeksu pracy |

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

*Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 k.k.) oświadczam, że w dniu składania wniosku* /*proszę zaznaczyć właściwe*/:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | * posiadam * nie posiadam | w dniu złożenia wniosku żadnych nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych, |
|  | * zalegam * nie zalegam | w dniu złożenia wniosku:   1. z opłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz składek na FGŚP, 2. z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne), |
|  | * rozwiązałem * nie rozwiązałem | stosunku pracy z pracownikiem/(mi) w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Pracodawcę, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie  6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji, |
|  |  | nie obniżyłem wymiaru czasu pracy pracownika w okresie  6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie do dnia złożenia wniosku. |
|  | * obniżyłem * zamierzam obniżyć | wymiar czasu pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiąza-niach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem  i zwalczaniem COVID-19,** innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, zwanej dalej „ustawą COVID-19”, lub na podstawie aneksu do umowy (w przypadku usług i instrumentów rynku pracy oraz innych form wsparcia realizowanych na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w zakresie niezbędnym do niwelowania i ograniczenia negatywnych skutków COVID-19) zawartego ze starostą w związku z [art.15 zzf](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytknjugm4tkltqmfyc4njwga2dsobqgq) ustawy COVID-19, |
|  | * byłem * nie byłem | karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu  w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca1997 r. - Kodeks Karny  w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku; |
|  | * prowadzę * nie prowadzę | działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców przez wymagany okres co najmniej 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, (w tym czasie nie zawieszałem działalności gospodarczej), |
|  | * nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis * nie otrzymałem innej pomocy ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków UE, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, * otrzymałem inną pomoc,  o której mowa wyżej (wówczas należy wypełnić Formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie) | w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających złożenie wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy |
|  | * ciąży na mnie obowiązek * nie ciąży na mnie obowiązek | zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzje  o obowiązku zwrotu. |
|  | * posiadam * nie posiadam | **tytuł prawny do nieruchomości/lokalu**, w którym ma/ją zostać utworzone nowe miejsca/e pracy. |
|  | * **skorzystam** * **nie skorzystam** | z prawa obniżenia kwoty podatkunależnego o kwotę podatku naliczonego zawartego w wykazywanych wydatkach lub prawo do zwrotu podatku naliczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. |
|  | * **jestem** * **nie jestem** | **powiązany z podmiotami, wobec których zastosowano zakaz udostępnienia funduszy, środków finansowych lub zasobów gospodarczych oraz udzielenia wsparcia,  w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**, wpisanymi na listę podmiotów objętych sankcjami prowadzoną w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>[[1]](#footnote-1) |
|  | * **Nie jestem beneficjentem pomocy publicznej** * **Będąc beneficjentem pomocy publicznej dodatkowo oświadczam, że:** * otrzymałem * nie otrzymałem   środki stanowiące pomoc de minimis w ciągu roku bieżącego oraz dwóch poprzedzających go lat.   * otrzymałem * nie otrzymałem   inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis  (w przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy złożyć oświadczenie, iż dana pomoc **kumuluje się / nie kumuluje się** z wnioskowaną pomocą, a pracodawca będący przedsiębiorcą wypełnia dodatkowo formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie); | |

***Jednocześnie świadomy/i odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji*** *(art. 233 K.K. „kto, składając zeznanie 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, iż:***

1. Zobowiązuję się do nie obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania Powiatowego Urzędu Pracy   
   w Jaworze o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
3. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia   
   o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy, otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
4. Zapoznałem się i akceptuję warunki „**Regulaminu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy obowiązujące w 2024 roku**”, które dostępne są na stronie internetowej [**www.jawor.praca.gov.pl**](http://www.jawor.praca.gov.pl).
5. Informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą.
6. Jest mi wiadomo, że wniosek nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny podlega uzupełnieniu w terminie 7 dni od daty wyznaczenia przez Urząd a wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostaje bez rozpatrzenia. Termin rozpatrywania wniosku, liczony będzie od dnia dostarczenia   
   kompletu załączników/ uzupełnienia wniosku.

………………………. …………………………………… ………………………………………………………………………osoby i źródła pochodzenia, w tym ze środkó

/data/ /pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby

umocowanej do zawierania umów/

1. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

**Do wniosku należy dołączyć:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Oferta pracy** w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego /załącznik nr 1 do wniosku/. |  |
| 2 | **Oświadczenie współmałżonka wnioskodawcy**/ *załącznik nr 2 do wniosku/* |  |
| 3 | **Oświadczenie Poręczyciela** /*załącznik nr* *3* *do wniosku / liczba oświadczeń ma odpowiadać liczbie poręczycieli/* |  |
| 4 | **Zaświadczenie o dochodach i zatrudnieniu** /*załącznik nr* *4 do wniosku/* z wynagrodzeniem co najmniej **5 500,00 zł** brutto / liczba oświadczeń ma odpowiadać liczbie poręczycieli/ |  |
| 5 | **Wydruk z SUDOP** /System Udostępniania Danych o Pomocy Publicznej/ prowadzonym przez UOKIK |  |
| 6 | **Dokument poświadczający formę prawną funkcjonowania podmiotu:** |  |
| * + 1. w przypadku żłobków i klubów dziecięcych - wpis do rejestru. |  |
| * + 1. w przypadku spółek – m.in.: umowa spółki, uchwała zarządu spółki, statut. |  |
| 7 | W przypadku spółek cywilnych i jawnych należy dostarczyć dodatkowo:   * indywidualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu z zapłatą składek na ubezpieczenia, * indywidualne zaświadczenie z US o niezaleganiu z zapłatą podatku. |  |
| 8 | **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** |  |
| 9 | **PRODUCENT ROLNY** dołącza dodatkowo oświadczenie **producenta rolnego** /*załącznik nr 6 do wniosku/ wraz z* dokumentami potwierdzającymi 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. |  |

Dokument potwierdzający rozdzielność majątkową ………………………………………………………….

……………………………………………………………….……………………………………………….……. przedstawiono do wglądu w dniu …………………………………..

……………………………………………

(data i podpis pracownika PUP)

1. **OCENA WNIOSKU** */wypełnia Urząd Pracy/*
2. ***WERYFIKACJA WYSTĄPIENIA OKOLICZNOŚCI I PODSTAW DO ZAKAZU UDOSTĘPNIENIA FUNDUSZY, ŚRODKÓW FINANSOWYCH LUB ZASOBÓW GOSPODARCZYCH ORAZ UDZIELENIA WSPARCIA W ZWIĄZKU Z AGRESJĄ ROSJI WOBEC UKRAINY FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY***

W dniu …………………….2024 r.przeprowadzona została weryfikacja podmiotu w zakresie zakazu udostępnienia funduszy, środków finansowych lub zasobów gospodarczych oraz udzielenia wsparcia, w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

**Weryfikacja została przeprowadzona na podstawie analizy\*:**

listy osób i podmiotów, względem których zastosowanie mają sankcje, prowadzonej   
w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji na stronie internetowej <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>.

Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz Rozporządzenia Rady (WE)   
nr 765/2006

KRS stanowiącego ogólnopolską bazę danych o podmiotach uczestniczących w obrocie gospodarczym

CEIDG zawierającą dane z ewidencji osób fizycznych, prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą jednoosobowo lub jako wspólnicy spółek cywilnych

*CRBR zawierającego dane o beneficjentach rzeczywistych podmiotów wymienionych w art. 58 informacji o osobach uprawnionych do dokonania zgłoszeń do CRBR, o których mowa w* art. 61ust. 1 ustawy z dnia 01 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (AML).

Inne (np. aplikacja SKANER, wywiadownia gospodarcza)

**Wynik weryfikacji: pozytywny / negatywny\*\***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis i pieczęć pracownika PUP  
 dokonującego weryfikacji)

*\*należy zaznaczyć i udokumentować – min. 2*

*\*\*niepotrzebne skreślić*

*Podstawa Prawna:*

1. *Rozporządzenie Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE L 229 z 31.07.2014 r., str. 1 z późn. zm.).*
2. *Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U z 2023 r. poz. 1497).*
3. **WERYFIKACJA WNIOSKU POD WZGLĘDEM MERYTORYCZNYM**

* Wniosek kompletny i prawidłowo uzupełniony.
* Wniosek skierowano do uzupełnienia w terminie 7 dni od otrzymania wezwania do jego uzupełnienia.
* Wniosek uzupełniono w terminie wyznaczonym.
* Wniosek nieuzupełniony w terminie wyznaczonym. Pozostawiono bez rozpatrzenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis i pieczęć pracownika PUP dokonującego weryfikacji)

1. **INFORMACJA Z DZIAŁU FINANSOWO - KSIĘGOWEGO**

Wnioskodawca nie posiada zobowiązań finansowych wobec Powiatowego Urzędu Pracy   
w Jaworze,

Wnioskodawca posiada zobowiązania finansowe wobec Powiatowego Urzędu Pracy w Jaworze

w kwocie…………………………………..

(Data i podpis pracownika działu FK)

**SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU**

**w dniu ………….2024 r.**

1. ***OPINIA CZŁONKÓW KOMISJI DS. OPINIOWANIA WNIOSKÓW***

Wniosek ………………………………………………………………………………………………………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | /nazwa Wnioskodawcy/ |  |
| zaopiniowano | □ **POZYTYWNIE** | □ **NEGATYWNIE** |

*Podpisy członków Komisji rozpatrującej wniosek:*

|  |  |
| --- | --- |
| 1………………………………………. | 4………………………………………. |
| 2………………………………………. | 5………………………………………. |
| 1. .………………………………………. | 6………………………………………. |

**Uwagi Komisji:**

|  |
| --- |
|  |

1. ***DECYZJA DYREKTORA PUP W JAWORZE***

□ Wniosek opiniuję: **POZYTYWNIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wysokość refundacji** |  |
| **Liczba stanowisk objętych refundacją** |  |
| **Nazwa stanowisk/a pracy** |  |
|  |
| **Wniosek przyjęty do realizacji ze środków:** | * Funduszu Pracy * RP EFS + * Rezerwy Ministra w ramach programu ………………………………… ………………………………………………………………………………. |

* Wniosek opiniuję: **NEGATYWNIE** z powodu ……………………………………………………..………

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

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

/pieczęć i podpis z up. Starosty Dyrektora PUP w Jaworze/

*Załącznik nr 1 do Wniosku o refundację kosztów*

**POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE**

ul. Strzegomska 7, 59-400 Jawor,   
tel. 729-11-00; fax 729-00-38

e-mail: [wrja@praca.gov.pl](mailto:wrja@praca.gov.pl)

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

**OFERTA PRACY W RAMACH REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA**

**STANOWISKA PRACY DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy krajowego:  .................................................................................  .................................................................................  Imię i Nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę krajowego  .................................................................................  Telefon lub inny sposób porozumiewania się  …………………………………………………….. | 2. Nr pracodawcy krajowego:………………………………………………… | | |
| 3. Adres pracodawcy krajowego: | | |
| Kod pocztowy……..………… Miejscowość ………..........................................................  Ulica ..............................................................................................................................  Gmina ............................................................................................................................ | | |
| 4. Forma kontaktu kandydatów z pracodawcą krajowym:  1) osobiście 2) telefonicznie 3) inny ……………………………………………………………. | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   5. Numer NIP:  6. REGON:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |   7. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD: | | 8. Liczba zatrudnionych  pracowników:  ……………..… | 9. Forma własności:   |  |  | | --- | --- | |  | prywatna | |  | publiczna | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. Nazwa zawodu:  .......................................  .......................................  Kod zawodu: | | | | | | 11. Nazwa stanowiska:  .................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | 12. Liczba wolnych miejsc  zatrudnienia ..…….  - w tym dla osób  niepełnosprawnych ……… | | 13. Miejsce wykonywania pracy:  ......................................................... | |
| 17. Data rozpoczęcia zatrudnienia:  ……………………………………. | |
|  |  |  |  |  |  |
| 14. Godziny pracy | | | | | | 15.Zmianowość: | | | 15a. Forma prawna | 16. Okres zatrudnienia:  **min. 24 miesiące**  **plus dodatkowy okres objęty deklaracją zatrudnienia  w wymiarze co najmniej**  **30 dni.**   * **TAK** * **NIE**   16a. Wymiar czasu pracy  ………………………………… | | 17a .Rodzaj umowy:   * na czas nieokreślony * na czas określony:  **min. 24 miesiące** | |
| …………………………………  …………………………………………………………………... | | | | | |  | | jedna zmiana  dwie zmiany  trzy zmiany  inne | 1) Osoba fizyczna 2) Spółka z o.o. 3) Spółka jawna 4) Spółka cywilna  5) Spółka partnerska 6) Sp. komandytowa  7) Sp. komandytowo-   -akcyjna 8) Przedsiębiorstwo   państwowe  9) Stowarzyszenie  10) Spółdzielnia  11) Fundacja |
|  | |
|  | | 18. Wynagrodzenie:  Kwota brutto / netto:   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | miesięczne |  | |  | godzinowe |  | |  | akordowy |  | |  | prowizyjny |  |   Inne: ………………………………… | |
|  | |
| 14a. Praca w porze nocnej: TAK / NIE | | | | | |  | |
| 14b. System i rozkład czasu pracy:  (1) podstawowy (2) równoważony  (3) skrócony (4) zadaniowy (5) ruch ciągły (6) przerywany  (7) inny………… | | | | | | | | |
| 19. Wymagania pracodawcy:  1) Wykształcenie…………….…………………………………………..…….  2) Umiejętność – specjalność ………………………………………..……..  …………………………………………………..……………………………..……………………………………..…………………………………………..  3) Uprawnienia …………………………...………………………………….  ……………………………………………….…………………..…….………  4) Znajomość j. obcych ……………………………………..………………  5) Staż pracy …………………………………………………….……………  6) Inne ……………………………………………………………..………….. | | | | | | | | | |
| 20. Zakres obowiązków:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………  ………………………………………………………………………………………  21. **Ustalenia z pracodawcą dotyczące realizacji oferty pracy :**   * Pracodawca jest zainteresowany zorganizowaniem giełdy pracy. * Pracodawca nie jest zainteresowany zorganizowaniem giełdy pracy. | | | |
| 22. Nr oferty …………………  Nr rej.: ……………….……… | | | | | | | 23. Data przyjęcia oferty do realizacji:  ……………………………… | | | | 24. Okres aktualności oferty  …………………… | | 25. Data realizacji / wycofania oferty  ……………………… | |
| **26. Oświadczenie pracodawcy**  Oświadczam, że w okresie 365 dni poprzedzających zgłoszenie oferty pracy nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie oraz, że ofertę pracy zgłosiłem do jednego powiatowego urzędu pracy tj. w Jaworze.  ……………….………………………………….  Data i podpis pracodawcy | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |

*Załącznik nr 2 do Wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

**OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY**

1. Ja, niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………

zamieszkały(a) …………………………………………………………..……………………….………………….

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

legitymujący(a) się dowodem osobistym seria…………. numer………………. wydanym przez……………………………………………………………..………………………………

PESEL

**wyrażam zgodę na zawarcie** **przez** **mojego współmałżonka**

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

**wnioskowanej umowy o przyznanie środków na doposażenie/ wyposażenie stanowiska pracy, które będzie trzeba utrzymać przez okres 24 miesięcy.**

1. W przypadku otrzymania dofinansowania przez mojego Współmałżonka zobowiązuję się do zgłoszenia się w siedzibie PUP w Jaworze w celu podpisania przedmiotowej umowy.
2. **Zostałam/em poinformowana/y o sytuacjach, w których ww. środki będą musiały zostać zwrócone do urzędu wraz z ustawowymi odsetkami, naliczonymi od dnia wypłacenia środków i wyrażam zgodę na ich egzekucję z majątku wspólnego – art. 787 kodeksu postępowania cywilnego.**

data……………………….. ……………………………………

(data i podpis współmałżonka)

1. **KLAUZULA INFORMACYJNA DO WNIOSKU O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY – DLA WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (zwanego dalej RODO) **Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze informuje, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze, którego reprezentuje Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Jaworze – Jarosław Simon. Adres siedziby: ul. Strzegomska 7, 59 – 400 Jawor. Dane kontaktowe: tel. 76 729 11 00, faks 76 729 11 38, adres e-mail: [**wrja@praca.gov.pl**](mailto:wrja@praca.gov.pl).
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 RODO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych p. Edytę Matysiewicz – Biegun, z którą można się kontaktować elektronicznie pod adresem e-mail: **iod@pup-jawor.pl** lub wysyłając pisemną korespondencję na adres siedziby Urzędu z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”. Z Inspektorem Danych Osobowych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i realizacji umowy w sprawie zrefundowania kosztów poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowisk/a pracy. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO,ustawa z dnia   
   20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 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.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione:

* podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* podmiotom przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe, w imieniu Administratora na podstawie zawartych umów (dostawcy usług zaopatrujących Administratora   
  w rozwiązania techniczne, organizacyjne i informatyczne – dostawy oprogramowania   
  i systemów informatycznych, obsługa i serwis sprzętu),
* personelowi zatrudnionemu w Urzędzie,
* audytorom, kontrolerom lub innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa do dokonywania kontroli,
* podmiotom prowadzącym działalność pocztową,
* Radcy Prawnemu współpracującemu z Administratorem.

1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, do którego zostały zebrane, a następnie archiwizowane na zasadach określonych w Instrukcji archiwalnej, Instrukcji kancelaryjnej oraz w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązujących w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jaworze.
3. Posiada Pani/Pan prawo do:

* dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
* sprostowania swoich danych,
* żądania od Administratora usunięcia danych osobowych,
* ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu,
* cofnięcia zgody w dowolnym momencie, jeżeli Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzyskanej zgody, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia umowy w sprawie zrefundowania kosztów poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowisk/a pracy z Pani/Pana współmałżonkiem.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

(data i podpis współmałżonka wnioskodawcy)

*Załącznik nr 3 do Wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA /w wieku do 70.roku życia/  
o uzyskiwanych dochodach oraz aktualnych zobowiązaniach finansowych**

* 1. **DANE DOT. PORĘCZYCIELA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  | | |
| 2 | **Adres zamieszkania** |  | | |
| 3 | **PESEL** |  | | |
| 4 | **Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość** |  | | |
| 5 | **Źródło uzyskiwania dochodu** | * umowa o pracę na czas nieokreślony * umowa o pracę na czas określony do dnia ............................ * emerytura * renta na czas nieokreślony * renta na czas określony do dnia ………………………………….. * działalność gospodarcza (proszę podać formę opodatkowania) ………………….……………………………………………………… * działalność rolnicza …………………………………………………. | | |
| 6 | **Nazwa i siedziba miejsca pracy** |  | | |
| 7 | **Łączny dochód miesięczny netto** (ze wszystkich źródeł) **wynosi:** |  | | |
| 8 | **Dochód miesięczny netto przypadający na 1 osobę wynosi** |  | | |
| 9 | **Aktualne zobowiązania finansowe** (np. z tytułu zaciągniętych kredytów, w tym kart kredytowych, pożyczek, umów leasingu oraz wyroków sądowych obciążających dochód) | * nie posiadam zaciągniętych zobowiązań finansowych * posiadam zadłużenie z tytułu następującychkredytów, pożyczek: | | |
| Aktualna wysokość zobowiązania wynosi: | |  |
| Termin spłaty zobowiązania: | |  |
| 10 | **Miesięczna spłata zadłużenia w zł** |  | | |
| 11 | **Wspólność majątkową**  **z współmałżonkiem** | * Posiadam rozdzielność majątkową. * Nie posiadam rozdzielności majątkowej. * Nie pozostaję w związku małżeńskim. | | |
| 12 | **Inne poręczenia** | * nie jestem zobowiązany/a innymi poręczeniami niż to, które zamierzam udzielić w ramach niniejszego oświadczenia. * jestem zobowiązany/a z tytułu udzielonych poręczeń. | | |
| Udzieliłem/am poręczenia na kwotę brutto: |  | |
| Zobowiązanie objęte moim poręczeniem wygasa: |  | |
| 13 | **Postępowanie egzekucyjne** | * nie toczy się w stosunku do mnie. * toczy się w stosunku do mnie. | | |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego.

……………………………………………………..

(data i podpis poręczyciela)

* 1. **DANE DOT. WSPÓŁMAŁŻONKA PORĘCZYCIELA** (w przypadku wspólności majątkowej)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  |
| 2 | **Adres zamieszkania** |  |
| 3 | **PESEL** |  |
| 5 | **Zakład pracy** |  |
| 6 | **Adres miejsca pracy** |  |

* 1. **OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA PORĘCZYCIELA**

Ja niżej podpisany/a przyjmuję do wiadomości, iż mój współmałżonek będzie poręczycielem Pana/i ……………………………………………………………………………... w ramach umowy o refundację wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy, w przypadku przyznania ww. przez Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze środków finansowych. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego.

………………………………………………………  
(data i podpis małżonka poręczyciela)

* 1. **KLAUZULA INFORMACYJNA DO WNIOSKU O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY – DLA PORĘCZYCIELA/WSPÓŁMAŁŻONKA PORĘCZYCIELA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (zwanego dalej RODO) **Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze informuje, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze, którego reprezentuje Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Jaworze – Jarosław Simon. Adres siedziby: ul. Strzegomska 7, 59 – 400 Jawor. Dane kontaktowe: tel. 76 729 11 00, faks 76 729 11 38, adres e-mail: [**wrja@praca.gov.pl**](mailto:wrja@praca.gov.pl).
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 RODO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych p. Edytę Matysiewicz – Biegun, z którą można się kontaktować elektronicznie pod adresem e-mail: **iod@pup-jawor.pl** lub wysyłając pisemną korespondencję na adres siedziby Urzędu z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”. Z Inspektorem Danych Osobowych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia poręczenia cywilnego Wnioskodawcy ubiegającemu się o zawarcie umowy w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy oraz wykonania przez administratora innych obowiązków przewidzianych prawem. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b, c i e RODO,ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,   
   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.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione:

* podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* podmiotom przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe, w imieniu Administratora na podstawie zawartych umów (dostawcy usług zaopatrujących Administratora   
  w rozwiązania techniczne, organizacyjne i informatyczne – dostawy oprogramowania   
  i systemów informatycznych, obsługa i serwis sprzętu),
* personelowi zatrudnionemu w Urzędzie,
* audytorom, kontrolerom lub innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa do dokonywania kontroli,
* podmiotom prowadzącym działalność pocztową,
* Radcy Prawnemu współpracującemu z Administratorem.

1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, do którego zostały zebrane, a następnie archiwizowane na zasadach określonych w Instrukcji archiwalnej, Instrukcji kancelaryjnej oraz w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązujących w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jaworze.
3. Posiada Pani/Pan prawo do:

* dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
* sprostowania swoich danych,
* żądania od Administratora usunięcia danych osobowych,
* ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* wniesienia sprzeciwu,
* cofnięcia zgody w dowolnym momencie, jeżeli Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzyskanej zgody, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak ustanowienia skutecznego poręczenia Wnioskodawcy ubiegającemu się o zawarcie umowy w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

(data i podpis poręczyciela)

(data i podpis współmałżonka poręczyciela)

*Załącznik nr 4 do Wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

………………………………

(miejscowość i data)

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

(pieczęć nagłówkowa zakładu pracy)

**ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH I ZATRUDNIENIU [[2]](#footnote-2)**

Niniejszym zaświadczam, że **Pan(i)** ……………………………………………..urodzony(a)……………….

zam………………………………………………………………………………………….…….………..……

(dokładny adres)

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

**jest zatrudniony(a) w**:…………………………….…………………………………………………………….

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

(pełna nazwa, adres, telefon zakładu pracy)

**na stanowisku** ………………………………………………………………………..………………….………

na podstawie umowy o pracę, zawartej w dniu…………………………..

na czas nieokreślony- określony do dnia (\*)………….…………………..

Wyżej wymieniony(a) nie znajduje/ znajduje (\*) się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę.

Zakład pracy nie znajduje się w stanie likwidacji ani też upadłości(\*).

**Średnie miesięczne wynagrodzenie** wyżej wymienionego(j) z ostatnich trzech miesięcy wynosi:

**Brutto** ..………………………………………zł

**Netto** …………………………………………zł

Wynagrodzenie to jest- nie jest(\*) obciążone sądowymi lub administracyjnymi tytułami wykonawczymi na łączną kwotę……………………………………………………………………....zł.

Z wynagrodzenia tego dokonuje się - nie dokonuje się(\*) potrąceń na świadczenia alimentacyjne na kwotę ………………………………………….zł miesięcznie.

\* niepotrzebne skreślić

**Potwierdzam dane zawarte powyżej**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………....  *(podpis i pieczęć imienna głównego księgowego*  *lub osoby przez niego upoważnionej)* | ………………………………………...  *(podpis i pieczęć imienna kierownika zakładu pracy*  *lub osoby przez niego upoważnionej)* |
|
|

*Załącznik nr 5 do Wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

**DEKLARACJA PODMIOTU   
wnioskującego o doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy**

**dot. dalszego zatrudnienia**

Deklaruję, że po okresie zatrudnienia osób bezrobotnych określonego w umowie   
w sprawie zrefundowania kosztów poniesionych na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy, zobowiązujemy się do dalszego zatrudnienia skierowanych osób bezrobotnych na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres co najmniej 30 dni.

* TAK
* NIE

Przyjmuję do wiadomości, że niewywiązanie się z warunku zatrudnienia na okres objęty powyższą gwarancją zatrudnienia lub naruszenie postanowień dotyczących zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej może skutkować zerwaniem współpracy przez Urząd Pracy w Jaworze w zakresie realizacji aktywnych form rynku pracy, na okres co najmniej 12 miesięcy liczonych od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło naruszenie warunków umowy.

/pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby   
umocowanej do zawierania umów/

*Załącznik nr 6 do Wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

**OŚWIADCZENIE PRODUCENTA ROLNEGO   
wnioskującego o doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy**

Ja niżej podpisany/a **oświadczam, iż posiadam gospodarstwo rolne** w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego 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**.

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego.**

……………………………………………………..

(data i podpis producenta rolnego)

1. Powiązania pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami polegają na tym że:

   |  |  |
   | --- | --- |
   | 1. jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu; 2. jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy; 3. jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi; 4. 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; 5. przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców; |  |

   [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaświadczenie niniejsze sporządzone zostaje celem wykorzystania służbowego przez Powiatowy UrządPracy w Jaworze. Nie będzie ono w żadnej formie udostępnione osobom nieuprawnionym. [↑](#footnote-ref-2)