Nr wniosku ….........../2025 rok

**POWIATOWY URZĄD PRACY W KOŃSKICH**

**ul. Stanisława Staszica 2**

**26-200 Końskie**

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA**

**LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

* W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o jego dokładne przeczytanie. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość
jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia i podjęcia przez Urząd właściwej decyzji.
* Wniosek powinien być prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych załączników.
* Wniosek należy wypełnić czytelnie, ręcznie lub komputerowo, na obowiązujących formularzach, bez zmiany szaty graficznej.
* Wszystkie pozycje we wniosku należy wypełnić, w przypadku gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”
lub postawić kreskę.
* Od negatywnego stanowiska urzędu nie przysługuje odwołanie.
1. **DANE WNIOSKODAWCY:** (zaznaczyć w oparciu o Regulamin dokonywania refundacji kosztów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy obowiązujący w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich – Rozdział II
Postanowienia Ogólne)
* **podmiot**
* **niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła**
* **producent rolny**
* **żłobek lub klub dziecięcy**
* **podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne**
1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej:

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

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

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania (zgodnie z wpisem w CEIDG, KRS lub innymi dokumentami rejestrowymi):

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

1. Miejsce wykonywania pracy przez ***skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna, skierowanego poszukującego pracy absolwenta*** (zgodnie z wpisem w CEIDG, KRS lub innymi dokumentami rejestrowymi):

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

4. **Wnioskowana kwota refundacji ………………………………………………….………….…………zł (brutto)**

Słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………

(należy wpisać kwotę w zaokrągleniu do pełnych złotych)

W ramach w/w środków doposażę lub wyposażę …………………………………..…..stanowisko/a pracy dla
(ilość stanowisk pracy)

………………………………………………………………………………………………………………………… (wpisać nazwę tworzonych stanowisk pracy według klasyfikacji zawodów ispecjalności )

w wymiarze czasu pracy: pełny etat ½ etatu inny (jaki) …………….

*Podmiot, producent rolny, niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła zatrudnia skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy, opiekuna co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy.*

*Żłobek lub klub dziecięcy oraz podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne zatrudnia skierowanego bezrobotnego, opiekuna
lub poszukującego pracy absolwenta, co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy (przy czym kwota refundacji jest proporcjonalna
do wymiaru czasu pracy zatrudnionego pracownika).*

 5. Numer telefonu firmy ................................................................

 6. Tel. komórkowy............................................................................

 7. Adres do doręczeń elektronicznych: ………………………………………………………………………………..

 8. PESEL (dotyczy osób fizycznych)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 9. NIP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 10. REGON: …………....………………………………………….

11. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności - zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD 2025)

 - Kod PKD wiodący (wraz z opisem):..………………………………………………………………………………..

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

- Kod / Kody PKD związany z tworzonym stanowiskiem pracy (wraz z opisem): …………………………………..

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

12. Numer konta wnioskodawcy – bank ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

13. Forma prawna prowadzonej działalności………………………………………………………………………….

14. Forma rozliczenia z Urzędem Skarbowym ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………. stawka podatkowa……………………..……..%

15. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej…………….…………………………………………

16. Rodzaj prowadzonej działalności: ……………………………………………………………………….………

17. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby reprezentującej wnioskodawcę (w przypadku działania
 pełnomocnika należy wskazać czynności co do których działania jest upoważniony – załączyć stosowny
 dokument):

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

 18. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w poszczególnych
 6 miesiącach bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do stanu zatrudnienia nie zalicza się osób zatrudnionych w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło oraz uczniów odbywających praktyki zawodowe).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc i rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników** | **Liczba****zatrudnionych****pracowników****w przeliczeniu****na pełny wymiar czasu pracy** | **Przyczyny obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika/****rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

19. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku .................................

1. **DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO MIEJSCA PRACY**
2. Rodzaj pracy i zakres czynności zawodowych wykonywanych przez skierowaną osobę na tworzonym stanowisku pracy **(*szczegółowy opis realizowanych zadań*)**:

- …………………………………………………………………………….………………………......…………

- ……………………………………………………………………………………………………......………….

- ………………………………………………………………………………………………….…......…………

2. Dane dotyczące tworzonego stanowiska pracy:

* **nazwa i kod zawodu** (według klasyfikacji zawodów ispecjalności *)* ***-***  <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/>

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

* **planowany termin utworzenia stanowisk pracy**: …...............................................................................................

**Wymagania pracodawcy wobec kandydatów na tworzone stanowisko pracy:**

* **minimalne wykształcenie** ........................................................................................................................................
* **kierunek/specjalność** ...............................................................................................................................................
* **wymagane kwalifikacje (uprawnienia)** .................................................................................................................

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

* **doświadczenie zawodowe na danym stanowisku pracy** .......................................................................................
* **Inne** ….......................................................................................................................................................................

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

1. **DANE DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania.

| **Lp.** | **Stanowisko pracy** | **Środki własne** | **Środki z Funduszu Pracy** | **Inne środki** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

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

 Nie dopuszcza się zakupu rzeczy używanych, których zakup był sfinansowany ze środków publicznych.

Decyzje dotyczące przeznaczenia przyznanej refundacji powinny być przemyślane i podjęte po zapoznaniu
się z dostępnością produktów na rynku. Należy wskazać właściwą nazwę urządzenia, sprzętu, maszyny oraz cenę.

Poniższa tabela powinna być wypełniona osobno dla każdego z poszczególnych stanowisk pracy.

 **W przypadku wpisania X** w poniższej tabeli – należy dołączyć ofertę cenową sprzętu nowego
 oraz używanego, zawierającą informację o posiadaniu podobnych parametrów technicznych.

 W przypadku zakupu rzeczy używanych wymagana będzie m.in. wycena rzeczoznawcy dostarczona

 przed terminem zawarcia umowy – szczegółowe informacje w Regulaminie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** |  **Szczegółowa specyfikacja wydatków** | **Cena brutto** | **Zaznaczyć X w przypadku zamiaru zakupu sprzętu używanego\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |

**Uzasadnienie** (należy uzasadnić konieczność poniesienia planowanych wydatków wyszczególnionych
w specyfikacji wydatków). Należy opisać sposób wykorzystania na danym stanowisku pracy.

Ad 1 ……………………………………………………………………………………………………………….…

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

Ad 2 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 3 …………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 4 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 5 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 6 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

 Ad 7……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 8 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 9 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 10 …………………………………………………………………………………………………………………

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

Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest dokonywana przez Starostę, na wniosek podmiotu, **po przedłożeniu** **rozliczenia zawierającego zestawienie kwot wydatkowanych od dnia zawarcia umowy o refundację na poszczególne wydatki ujęte w specyfikacji oraz po stwierdzeniu utworzenia stanowiska pracy, jego wyposażenia lub doposażenia i zatrudnieniu na tym stanowisku skierowanej osoby.**

WYDATKI

ZWIĄZANE Z TWORZENIEM REFUNDOWANEGO STANOWISKA PRACY

PONIESIONE NA DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * **Wymienić posiadane maszyny i urządzenia**
* **Nakłady poniesione na stworzenie miejsca pracy: zakup lub adaptacja lokalu**
* **wymienić zakres prac, przeprowadzone remonty**
 | **Ilość** | **Wysokość poniesionych kosztów, przybliżona wartość maszyn lub urządzeń** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

INFORMACJA DOTYCZĄCA WSPÓŁPRACY Z URZĘDEM

Czy wnioskodawca ubiegający się o refundację w ciągu roku poprzedzającego dzień złożenia wniosku korzystał
ze środków Funduszu Pracy lub Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poniższych form aktywizacji?

* TAK
* NIE

Jeśli TAK, to w jakiej formie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma aktywizacji** | **Ilość osób** | **Nr umowy/Rok** | **Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu realizacji umowy** |
| Staż |  |  |  |
| Prace interwencyjne |  |  |  |
| Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej |  |  |  |
| Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy |  |  |  |
| Inne (wymienić) |  |  |  |

1. **FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI (NALEŻY ZAZNACZYĆ WYBRANĄ FORMĘ)**
* **Weksel z poręczeniem wekslowym (aval)**

**–** min. 2 poręczycieli spełniających warunki zawarte w Regulaminie

* **Weksel in blanco** (wybierając tę formę jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia)
* **Blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym –** wartość zabezpieczenia musi wynosić
co najmniej 130% kwoty przyznanej refundacji i spełniać warunki zawarte w Regulaminie

 **………………………………………………………………………………………………………….……………**

**……………………………………………………………………………………………………………..………...**

proszę podać nazwę banku, właściciela rachunku płatniczego

* **Gwarancja bankowa –** należy zabezpieczyć 140 % przyznanej kwoty. Gwarancja bankowa dokonywana
jest po zawarciu umowy, na podstawie zapisów w niej określonych.
* **Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika –** (wybierając tę formę jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia)
* **Poręczenie**
* **Zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach**

**Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku do wybranej formy zabezpieczenia należy dołączyć wymagane**

 **dokumenty wskazane i omówione w Regulaminie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich.**

**Dokumenty dotyczące form zabezpieczenia dołączone do wniosku nie będą brane pod uwagę.**

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

**Podmiot, niepubliczne przedszkole, niepubliczna szkoła, żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne** oświadcza, że:

**1. prowadzę** działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców,
przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej,
a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;

**2. nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole, szkołę, żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;

**3. nie obniżyłem(am)** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;

**4. nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

**5. nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;

**6. nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

**7. nie byłem(am)** karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny lub ustawy
z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;

 **8. zapoznałem(am)** się i spełniamwarunki, o których mowa w rozporządzeniu MRPiPS z dnia 14 lipca 2017 r.
w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej z późn. zm. oraz w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu
Unii Europejskiej do pomocy de minimis;

**9. nie podlegam karze zakazu** dostępu do środków, na podstawie ustawy z dnia 15.06.2012r.
 o skutkach powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium
 Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r.
 o finansach publicznych;

**10. zapoznałem(am)** się z Regulaminem dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia

stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich i spełniam warunki w nim określone;

**11.** **zapoznałem(am)** się z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych

osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie

 z ustawą z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych ;

**12. jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Data,

 (Podpis osoby uprawnionej
 do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Uwaga:** W przypadku spółki cywilnej powyższe oświadczenia podpisują wszyscy wspólnicy.

**Producent rolny** oświadcza, że:

* 1. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
	2. **nie obniżyłem(am)** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
	3. **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. **złożę** 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;

* 1. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy,
	Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
	2. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
	3. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
	4. **nie byłem karany** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
	5. **zapoznałem(am)** się i spełniamwarunki, o których mowa w rozporządzeniu MRPiPS z dnia 14 lipca 2017 r.
	w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
	oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej z późn. zm. oraz w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu
	Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
	6. **nie podlegam karze zakazu** dostępu do środków, na podstawie ustawy z dnia 15.06.2012r o skutkach powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2021.1745), o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
	7. **zapoznałem(am)** się z Regulaminem dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich i spełniam warunki w nim określone;
	8. **zapoznałem(am)** się z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie
	z ustawą z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych;
	9. **jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Data, ………………………………..…

(Podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania producenta rolnego)

**ZAŁĄCZNIKI do wniosku :**

1. Kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy tj. aktualny wpis
do ewidencji działalności gospodarczej *-* **system CEIDG**, aktualny KRS (w przypadku spółek dodatkowo umowę spółki) lub inne w zależności od rodzaju wnioskodawcy.
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia wnioskodawcy – zaświadczenie o wpisie
do ewidencji szkół i placówek niepublicznych - **dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły.**
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia wnioskodawcy – zaświadczenie o wpisie
do Rejestru żłobków i klubów dziecięcych - **dotyczy żłobków i klubów dziecięcych.**
4. Kserokopia statutu niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły, żłobka lub klubu dziecięcego
z adnotacją wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentacji o aktualności danych w nim zawartych
na dzień złożenia wniosku – **dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły, żłobka
lub klubu dziecięcego.**
5. 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 – **dotyczy producenta rolnego.**
6. Oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem składek w ZUS/KRUS oraz niezaleganiu w Urzędzie Skarbowym - załącznik nr 1.
7. Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis – załącznik nr 2.
8. Oświadczenie dotyczące przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę **–**załącznik nr 3.
9. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – załącznik nr 4.
10. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 5.
11. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę **(dotyczy producenta rolnego)** – załącznik nr 6.
12. Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć **(dotyczy żłobków lub klubów dziecięcych)** – załącznik nr 7.
13. Oświadczenie o świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych **(dotyczy podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)** – załącznik nr 8.
14. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Końskich – załącznik nr 9.

 Załącznik nr 1

…………………………………………………...

 Imię i Nazwisko

………………………………………………………..….

 Adres zamieszkania

………………………………..………………………….

 PESEL

 **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą od dnia ……………………………........................................

w formie …………………………………………………………………………..….. i na dzień …………...........

 (jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka , inne )

* 1. nie posiadam zaległości podatkowych / posiadam zaległości podatkowe 1
	2. nie zalegam / zalegam w opłacaniu składek w ZUS / KRUS 1

Oświadczam, że z tytułu prowadzonej przeze mnie działalności osiągnąłem/am

1. dochód za 2024 r. w wysokości ……………………………………………………..
2. przeciętny miesięczny dochód za 2024 r. .………………………………………….

Oświadczam, że mój stan cywilny to 2:

Panna/kawaler

Mężatka/żonaty

Rozwiedziona/rozwiedziony

Wdowa/wdowiec

Osoba będąca w związku małżeńskim, posiadająca rozdzielność majątkową

Osoba będąca w związku małżeńskim, posiadająca prawomocny wyrok sądu o separacji

1 niewłaściwe wykreślić

2 właściwą odpowiedź zakreślić krzyżykiem

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte
w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych
(Dz.U. z 2019r. poz. 1781).

**Uwaga: W przypadku spółki cywilnej powyższe oświadczenie wypełniają wszyscy wspólnicy.**

 ….……………………………………….

 Data, podpis i pieczątka Wnioskodawcy

 Załącznik nr 2

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

|  |
| --- |
| **Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023)** |
| **Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis** |

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, iż

󠆰 w okresie trzech poprzedzających lat\* nie uzyskałem pomocy de minimis
 oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

󠆰 w okresie trzech poprzedzających lat \* uzyskałem pomoc de minimis
 oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

|  |
| --- |
|  |

 w PLN 󠆰

|  |
| --- |
|  |

 w EUR

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

**Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji**

**Imię i nazwisko …………………………………………….…………………………………………………...**

**Stanowisko służbowe ……………………………………………………………………………..…………...**

**Data i podpis Pracodawcy /Wnioskodawcy/ …………………………………………………………..…**

 *data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania*

 *Pracodawcy /Wnioskodawcy/*

\**Zgodnie z art. 3 ust. 2 rozporządzenia 2023/2831, całkowita kwota pomocy de minimis przyznanej przez jedno państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu nie może przekroczyć 300 000 EUR w okresie 3 lat, przy czym, zgodnie z pkt 11 preambuły do ww. rozporządzenia, „dla każdego przypadku przyznania nowej pomocy
de minimis należy uwzględnić całkowitą kwotę pomocy de minimis przyznaną w ciągu minionych trzech lat”.*

*Oznacza to, że obecnie do ustalania dostępnego przedsiębiorstwu limitu pomocy de minimis bierze się pod uwagę* ***3 minione lata****, a nie rok bieżący oraz 2 ostatnie lata podatkowe (3 minione lata należy rozumieć w ten sposób,
że jeśli na przykład pomoc de minimis była udzielona 5 stycznia 2024 r., uwzględnieniu podlegała pomoc
de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona przedsiębiorstwu począwszy od 5 stycznia 2021 r. do 5 stycznia 2024 r. włącznie)* – Źródło inf.: *https://uokik.gov.pl/nowe-zasady-pomocy-de-minimis#\_ftn1.*

Załącznik nr 3

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu****Imię i Nazwisko** |  |
| **Adres podmiotu**(kod, miejscowość, ulica, nr lokalu) |  |
| **NIP** |  |

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że nie jestem wpisany oraz podmiot, który reprezentuję nie jest wpisany
na listę osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 roku o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2024 r., poz. 507) zwaną dalej „listą” prowadzoną przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.**

**Lista jest publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw wewnętrznych:**

[**https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami**](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione
z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Końskich w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

 *(miejscowość i data) (podpis osoby upoważnionej)*

|  |
| --- |
| *Wypełnia pracownik PUP:* |

*W/w podmiot figuruje/nie figuruje na liście sankcyjnej znajdującej się na stronie BIP MSWiA:*

[***https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami***](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

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

 *(miejscowość i data) (podpis pracownika PUP)*

Załącznik nr 4

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

|  |
| --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego (wypełnia pracodawca)** |
| 1. Nazwa pracodawcy:

………………………………………………………………………………………… | 1. Adres pracodawcy:

ulica ………………………………………………………………….miejscowość ………………………………………………………….gmina …………………………………………………………………kod pocztowy …………………………………………………………telefon/fax. ……………………………………………………………adres e-mail (jeżeli posiada) ………………………………………….………………………………………………………………………… |
| 1. Imię i nazwisko pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę, telefon lub e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…
 |
| 1. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów w sprawie oferty pracy, telefon lub e-mail ………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………
 |
| 1. Preferowana forma kontaktu kandydatów z pracodawcą \*
2. osobista
3. telefoniczna
4. e-mail
5. inna: ……………………
 | 1. Forma prawna prowadzonej działalności \*
2. osoba prawna
3. spółka (jaka?)…………..…
4. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
5. przedsiębiorstwo państwowe
6. jednostka organizacyjna nie mająca osobowości prawnej
7. inna (jaka?) ………………………
 |
| 1. Pracodawca jest „Agencją zatrudnienia” zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej \*

 TAK / NIE  |
| 1. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)…………………………………………
 |
| 1. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD: ……………… ……
 |
| 1. Numer statystyczny pracodawcy (REGON)…………………………………………
 | 1. Liczba zatrudnionych pracowników: ……………
 |
| **II. Informacje dotyczące zgłaszanego miejsca zatrudnienia (wypełnia pracodawca)** |
| 1. Nazwa zawodu:

…………………………………………Kod zawodu: … … … … … … wg klasyfikacji zawodów i specjalności  | 13. Nazwa stanowiska:…………………………………………………………………………………………………… | 14. Liczba wolnych miejsc pracy : ……w tym dla osób niepełnosprawnych: …… | 15. Wnioskowana liczba kandydatów: ………… |
| 1. Adres miejsca wykonywania pracy: ……………………………………………………………………
 |
| 17. Ogólny zakres obowiązków:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | 1. Rodzaj umowy stanowiącej podstawę wykonywania pracy \*
2. umowa o pracę na okres próbny
3. umowa o pracę na czas określony
4. umowa o pracę na czas nieokreślony
5. umowa na zastępstwo
6. umowa o dzieło
7. umowa zlecenia
8. inna (jaka?) …………………………
 | 1. System i rozkład czasu pracy \*
2. jedna zmiana
3. dwie zmiany
4. trzy zmiany
5. ruch ciągły
6. inny: ………………………

godz. pracy: od …… do …… | 1. Wymiar czasu pracy \*
2. pełny etat
3. ½ etatu
4. ¾ etatu
5. inny (jaki?): ………

…………………… |
| 1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto :

………………………………… | 1. System wynagradzania \*
2. czasowy ze stawką miesięczną
3. czasowy ze stawką godzinową
4. akordowy
5. inny (jaki?) …………………………
 | 1. Okres zatrudnienia w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę albo okres wykonywania umowy w przypadku umowy cywilnoprawnej:

od………………………… do ………………………… |
| 1. Data rozpoczęcia pracy:od: ……………………………
 | 1. Oferta jest ofertą pracy tymczasowej zgłaszaną przez agencję zatrudnienia w rozumieniu art. 19g Ustawy \* TAK / NIE
 | 1. Pracodawca jest zainteresowany uzyskaniem Informacji starosty na temat możliwości zaspokojenia potrzeb kadrowych podmiotu powierzającego wykonywanie pracy cudzoziemcowi \* TAK / NIE
 |
| **III. Informacje dotyczące oczekiwań pracodawcy krajowego wobec kandydatów (wypełnia pracodawca)** |
| 1. Poziom wykształcenia \*
2. brak lub niepełne podstawowe
3. podstawowe
4. zawodowe
5. średnie zawodowe
6. średnie ogólnokształcące
7. policealne
8. wyższe

kierunek (jeżeli wymagany): ………………………………………… | 1. Uprawnienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | 1. Umiejętności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | 1. Doświadczenie zawodowe:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | 1. Znajomość języków obcych \*
2. angielski
3. niemiecki
4. inny (jaki?):

 ………………………Stopień znajomości:1. początkujący (A1)
2. niższy średnio zaawansowany (A2)
3. średnio zaawansowany(B1)
4. wyższy średnio zaawansowany (B2)
5. zaawansowany (C1)
6. biegły (C2)
 |
| 1. Inne kwalifikacje: ……………………………………

…………………………………… |
| **IV. Postępowanie z ofertą pracy (wypełnia pracodawca)** |
| 1. Okres aktualności oferty pracy:od ……………………………

do …………………………… | 1. Częstotliwość kontaktów pracownika PUP z pracodawcą w sprawie oferty pracy \*
2. raz w tygodniu
3. raz na 2 tygodnie
4. inna: ……………
 | 1. Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydata z państwa EOG, jeżeli TAK, wskazać z jakiego państwa \*

TAK / NIE……………………………………………………… |
| **V. Dodatkowe informacje w przypadku skierowania oferty do obywateli państw EOG (wypełnia pracodawca)** |
| 1. Wymagania w zakresie poziomu znajomości języka polskiego:……………………………………
 | 1. Język w jaki należy składać aplikacje (życiorys, podanie, inne dokumenty wskazane przez pracodawcę):……………………………………………………………
 | 1. Informacje dotyczące możliwości zakwaterowania, wyżywienia, oraz kto ponosi koszty w tym zakresie: ……………………………………………
 |
| 1. Informacje dotyczące możliwości i warunków sfinansowania lub dofinansowania kosztów podróży lub przeprowadzki ponoszonych przez pracownika:……………………………………
 | 1. Państwa EOG, w których oferta ma być dodatkowo upowszechniona:…………………….…………
 | 1. Miejsce wykonywanej pracy:…………………………………………
 | 1. Przyczyny wykonywanej pracy w miejscu innym niż siedziba pracodawcy krajowego w przypadku zaistnienia takiej sytuacji: ……………………………………………
 |
| 1. Inne informacje niezbędne ze względu na charakter wykonywanej pracy: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 |
| **VI. Dodatkowe oświadczenia pracodawcy (wypełnia pracodawca)\*** | **TAK / NIE** |
| W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy | TAK / NIE \* |
| Jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy | TAK / NIE \* |
| Zgłosiłem ofertę pracy do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju (jeżeli tak wskazać do którego:………………………………….) | TAK / NIE \* |
| Chcę aby przekazano moją ofertę pracy do innych powiatowych urzędów pracy w celu upowszechnienia jej w ich siedzibach Jeżeli tak wskazać urząd: ………………………………….……………………………………………………………………………………… | TAK / NIE \* |
| Pracodawca zainteresowany upowszechnieniem oferty pracy w wybranych państwach Europejskiego Obszaru GospodarczegoJeżeli TAK to wskazać których: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | TAK / NIE \* |
|  Wyrażam zgodę na podanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających identyfikację pracodawcy **Oferta zawierająca dane umożliwiające identyfikacje pracodawcy – pośrednictwo otwarte (oferta ogólnodostępna)****Oferta niezawierająca danych umożliwiających identyfikacje pracodawcy – pośrednictwo zamknięte (oferta przeznaczona dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP)** | TAK / NIE \* |
| **VII. Informacje dla pracodawcy** |
| **Pracodawca zgłasza ofertę pracy do jednego powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo innego wybranego przez siebie urzędu.****Powiatowy urząd pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na: płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.****Powiatowy urząd pracy może nie przyjąć oferty pracy, w szczególności jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.**Podstawa prawna: Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 667).  |
| Pracodawca ---------------------------------------------------------------- -----------------------------------------------------------------------------Pieczęć pracodawcy Data i podpis pracodawcy lub osoby przez niego upoważnionej |
| **VIII. Adnotacje powiatowego urzędu pracy (wypełnia pup)** |
| Data przyjęcia zgłoszenia………………………………… | Pracownik przyjmujący zgłoszenie……………………………………… | Sposób przyjęcia oferty……………………………………… |
| Numer oferty pracyOfPr/…..…/…………… | Data wycofania oferty pracy……………………………………… | Przyczyna wycofania oferty……………………………………… |

Załącznik nr 5

|  |
| --- |
| **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** |
| **Stosuje się do pomocy *de minimis* udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE)** **nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 2023/2831)** |
| **A. Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis1)** | **A1. Informacje dotyczące wnioskodawcy  niebędącego podmiotem, któremu ma być udzielona *pomoc de minimis2*)** |
| **1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu**

|  |
| --- |
|  |

**3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu**

|  |
| --- |
|  |

 | **1a) Identyfikator podatkowy NIP wnioskodawcy3)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2a) Imię i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy**

|  |
| --- |
|  |

**3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby  wnioskodawcy**

|  |
| --- |
|  |

 |
| **4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę4)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5) Forma prawna podmiotu5)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **przedsiębiorstwo państwowe****jednoosobowa spółka Skarbu Państwa****jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 679)****spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2024 r. poz. 594)****jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.)****inna (podać jaka)**

|  |
| --- |
|  |

 |

 |
| **6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu** **(Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1 z późn. zm.)5)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **mikroprzedsiębiorca** **mały przedsiębiorca** **średni przedsiębiorca****inny przedsiębiorca** |

**7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.)6)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**8) Data utworzenia podmiotu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |

 |
| **9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami7)****Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) jeden przedsiębiorca posiada większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników drugiego przedsiębiorcy?** |  |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
| **b) jeden przedsiębiorca ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu**  |  |  | **tak** |  | **nie** |
|  **zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorcy?** |  |  |  |  |  |
| **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę**  |  |  | **tak** |  | **nie** |
|  **zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub zgodnie z jego dokumentami  założycielskimi?** |  |  |  |  |  |
| **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub**  |  |  | **tak** |  | **nie** |
|  **jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub  członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?** |  |  |  |  |  |
| **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego**  |  |  | **tak** |  | **nie** |
|  **innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?** |  |  |  |  |

**W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem  przedsiębiorców** |  |
|  |  |
|  **b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie** |  |

 **minionych 3 lat wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom8)** |
| **10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy, lub przekształcenia przedsiębiorcy****Czy podmiot w okresie minionych 3 lat:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?** |  | tak |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |
| **b) przejął innego przedsiębiorcę?** |  | tak |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |
| **c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?** |  | tak |  | **nie** |

 **d) powstał w wyniku przekształcenia przedsiębiorcy? tak nie****W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a lub b należy podać:**

|  |  |
| --- | --- |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców** |  |
|  |  |
| **b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie**  |  |
|  **minionych 3 lat wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom8)** |  |

**W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c lub d należy podać:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem lub przekształceniem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie**  |  |
|  **minionych 3 lat przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem lub przekształceniem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot8)** |
| **Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy *de minimis* uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem była przeznaczona na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:** |
| **– łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie**  |  |
|  **minionych 3 lat przedsiębiorcy przed podziałem8)** |  |
| **– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)** |  |
| **– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)**  |  |

 |
| **B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis9*)** |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |
| **2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro, mały lub średni- albo w przypadku, o którym mowa w art. 4 ust. 7 rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023  w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*, będący każdym przedsiębiorcą - znajduje się w sytuacji gorszej**  |  | **tak** |  | **nie** |
|  **niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** |  |  |  |  |
|  |  | **nie dotyczy** |
| **3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem  o udzielenie pomocy *de minimis*:** |
| **a) podmiot odnotowuje rosnące straty?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |
|  | **b) obroty podmiotu maleją?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany potencjał do**  |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  **świadczenia usług?** |  |  |  |  |
|  | **d) podmiot ma nadwyżki produkcji11)?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest zerowa?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności**  |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  **finansowej?** |  |  |  |  |
|  | **Jeśli tak, należy wskazać jakie:** |

|  |
| --- |
|  |

 |
| **C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis*** |
| **Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis*, prowadzi działalność:**1**) w sektorze produkcji podstawowej produktów rybołówstwa i akwakultury12)? tak nie****2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych tak nie** **w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych tak nie** **wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** **4) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów tak nie rybołówstwa i akwakultury12)?** **5) Czy wnioskowana pomoc *de minimis* będzie przeznaczona na działalność wskazaną w pkt 1-4? tak nie** **6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 lub 2: czy zapewniona jest tak nie rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach  działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy *de minimis* (w jaki sposób)? nie dotyczy**

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc *de minimis*** |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   | **Czy wnioskowana pomoc *de minimis* zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów?** |  |  |  | **tak** |   |  | **nie** |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   | **Jeśli tak, to czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc *de minimis*?** |  |  |  | **tak** |   |  | **nie** |  |  |
|   |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|   | **Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż *de minimis* oraz pomocy *de minimis* na te same koszty.** |  |  |
|   | **Przeznaczenie pomocy** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   | **Wartość otrzymanej pomocy** | **brutto** | **5b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   | **nominalna** | **5a** |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | **Forma pomocy** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **informacje szczegółowe** | **3b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | **informacje podstawowe** | **3a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   | **Podmiot udzielający pomocy** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   | **Dzień udzielenia pomocy** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   | **Lp.** |  | **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc *de minimis*, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:**  |  |  |
|  |  |  |
|  | **1) opis przedsięwzięcia:** |  |  |
|   |  |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:** |   |  |
|   |  |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:** |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:** |   |  |
|   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **5) lokalizacja przedsięwzięcia:** |   |  |
|   |  |   |  |
|   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:** |   |  |
|   |  |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **7) etapy realizacji przedsięwzięcia:** |   |  |
|   |  |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:** |   |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   | **Imię i nazwisko** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  | **Numer telefonu** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |  |  |  |  |   |   |  |
|   | **Stanowisko służbowe** |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  | **Data i podpis** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |  |  |  |  |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1) W przypadku gdy o pomoc *de minimis* wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczona odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa ,w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę pod jaką spółka funkcjonuje na rynku oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności -imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki. |  |
| 2) Wypełnia się w przypadku, gdy o pomoc *de minimis* wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika, akcjonariusza albo komplementariusza lub osoby trzeciej, na którą przeniesiono odpowiedzialność podatkową). |  |
| 3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP. |  |
| 4) Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.).  |  |
| 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X. |  |
| 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc *de minimis*. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód. |  |
| 7) Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego. |  |
| 8) Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,(Dz. U. z 2023 r., poz. 702) rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi. |  |
| 9) Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc *de minimis*, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc *de minimis* ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2004 r. poz. 291), oraz będących osobami fizycznymi, które na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęły prowadzenia działalności gospodarczej. |  |
| 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski. |  |
| 11) Dotyczy wyłącznie producentów. |  |
| 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1 z późn. zm.). |  |
| 13) Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także na określeniu w dokumentacji,o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów. |  |
| 14) Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik nr 6

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

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

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

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

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

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

* działalność w rolnictwie
* działalność w rybołówstwie

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

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

Objaśnienia:

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

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

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

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

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

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

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

(imię i nazwisko) (data i podpis)

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

\*) odpowiednie zaznaczyć

 Załącznik nr 7

………………………………..

 Imię i Nazwisko

…………………………………….

 Adres zamieszkania

……………………………………..

 …………………………………………

 pieczątka firmy

**OŚWIADCZENIE ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO**

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności sprawuję opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi
 lub prowadzę dla nich zajęcia.

 Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte
 w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

 ….……………………………………….

Data i podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania
żłobka lub klubu dziecięcego

 Załącznik nr 8

………………………………..

 Imię i Nazwisko

…………………………………….

 Adres zamieszkania

……………………………………..

 …………………………………………

 pieczątka firmy

**OŚWIADCZENIE
PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE**

 Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi rehabilitacyjne dla dzieci
 niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usługi mobilne.

 Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane
 zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

 ….……………………………………….

Data i podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania
podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne

 Załącznik nr 9

**Klauzula informacyjna**

**dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Końskich**

Zgodnie z art. 13 ust. 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 (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych zwanego dalej „RODO”) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r., Powiatowy Urząd Pracy w Końskich informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach
z tym związanych.

1. **Informacje dotyczące administratora danych**

Administratorem danych osobowych Pani/Pana jest Powiatowy Urząd Pracy w Końskich reprezentowany
przez Dyrektora Urzędu z siedzibą w Końskich, przy ul. Stanisława Staszica 2, 26-200 Końskie, tel. 41-372-63-63,
email: kiko@praca.gov.pl.

1. **Inspektor ochrony danych – IOD**

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym
przez Administratora Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną na adres email: iod@pup.konskie.pl.

1. **Cel przetwarzania danych oraz podstawy prawne**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań publicznych określonych
w przepisach prawa, w szczególności wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) i aktów wykonawczych do tej ustawy w tym: inicjowania, organizowania
i finansowania usług i instrumentów rynku pracy.

1. **Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych stanowią:**
* art. 6 ust. 1 lit. b RODO, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba,
której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy,
* art. 6 ust. 1 lit. c RODO, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego
na administratorze, w szczególności wynikającego z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i innych ustaw określających zadania dla PUP oraz aktów wykonawczych,
* art. 6 ust. 1 lit. e RODO, gdy dane są niezbędne do wykonywania zadań realizowanych przez administratora
w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.
1. **Odbiorcy danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa m.in. organy i instytucje administracji publicznej, organy ścigania. Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi Powiatowy Urząd Pracy w Końskich zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych m.in. Radca Prawny, firma z którą zawarto umowę na świadczenie usług informatycznych lub niszczenia dokumentów.
Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

1. **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez obowiązujący okres przechowywania dokumentacji związanej
z realizacją zadania publicznego tj. przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy obowiązującego prawa. Zgodnie z regulacjami obowiązującymi
w tym zakresie – Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Powiatowego Urzędu Pracy
w Końskich, okres przechowywania dokumentacji wynosi odpowiednio od 5 do 50 lat.

Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r., poz. 164.

1. **Przysługujące uprawnienia**

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z realizacją zadania ustawowego oraz wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich lub zawarciem umowy
z Powiatowym Urzędem Pracy w Końskich przysługujePani/Panu:

* prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
* prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Szczegółowe informacje dotyczące możliwości skorzystania z w/w uprawnień określa RODO.

1. **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

1. **Obowiązek podania danych**

Padanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa
jest obowiązkowe. Odmowa podania danych osobowych jest przeszkodą do skorzystania z usług i instrumentów
rynku pracy.

|  |  |
| --- | --- |
| *Miejscowość, dnia ……………………..*  |  *……………………………………………………………**(czytelny podpis Wnioskodawcy)* |