***Załącznik Nr 1***

***do Regulaminu dokonywania przez Starostę Płońskiego refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

…………………………………. ………………………...

(pieczęć firmowa) (miejscowość i data)

**Starosta Płoński  
za pośrednictwem   
Powiatowy Urząd Pracy   
w Płońsku**

**Wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy**

**niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej**

**Podstawa prawna:**

1. Art. 154 oraz 155 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
2. 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, zwane dalej „Rozporządzeniem”,
3. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego która weszła w życie 16 kwietnia 2022 r.

|  |
| --- |
| **Pouczenie:**   * **Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z**  **§ 7 oraz § 16-20 „Regulaminu dokonywania przez Starostę Płońskiego refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy”, który dostępny jest na stronie internetowej** [plonsk.praca.gov.pl](https://gdansk.praca.gov.pl) * Wniosek może zostać uwzględniony tylko w przypadku, gdy jest kompletny i prawidłowo sporządzony; * Złożenie wniosku nie gwarantuje przyznania refundacji; * Od negatywnego stanowiska Starosty Płońskiego nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie. |

**UWAGA:  
1/ W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia i podjęcia przez PUP właściwej decyzji. Prosimy o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na wszystkie pytania. Tylko wtedy będzie możliwa prawidłowa ocena planowanego przez Państwa przedsięwzięcia i pomoc w jego realizacji.   
2/ Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.   
3/ Rozpatrzeniu będzie podlegał tylko wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony.**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**
2. Nazwa wnioskodawcy lub imię i nazwisko (\*dotyczy osoby fizycznej):

1. Adres siedziby albo miejsce zamieszkania (\*dotyczy osoby fizycznej):

Miejsce prowadzenia działalności:

PESEL(\*dotyczy osoby fizycznej):…........................................................................

telefon:

fax:

e – mail:

1. Imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon kontaktowy osoby uprawnionej   
   do reprezentowania wnioskodawcy:

1. Numer NIP:
2. Numer REGON:
3. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

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

1. Forma prawna prowadzonej działalności gospodarczej\*) (zakreślić właściwe):

a/ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

b/ spółka (proszę podać rodzaj):

c/ inna ( proszę podać jaka):…………………………………………………………….

1. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) a także jej krótki opis :

1. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej:
2. Forma opodatkowania i stawka podatku:
3. Jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT:…………………………………………..
4. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku:
5. Liczba osób zwolnionych lub liczba osób którym zmniejszono wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy wraz z podaniem trybu i przyczyn zwolnienia oraz podstawy prawnej ustania stosunku pracy (artykułu Kodeksu Pracy, na podstawie, którego doszło do rozwiązania stosunku pracy):

**a)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba zwolnionych osób z przyczyn dotyczących zakładu pracy** | **Przyczyna zwolnienia- artykuł Kodeksu Pracy** | **Liczba osób którym zmniejszono wymiar czasu pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy** | **Przyczyna zmniejszenia wymiaru czasu pracy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**b)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba zwolnionych osób z innych przyczyn niż dotyczące zakładu pracy** | **Przyczyna zwolnienia- artykuł Kodeksu Pracy** | **Liczba osób którym zmniejszono wymiar czasu pracy z innych przyczyn niż dotyczące zakładu pracy** | **Przyczyna zmniejszenia wymiaru czasu pracy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn niż dotyczące zakładu pracy:

 dokonałem uzupełnienia wymiaru czasu pracy w ilości…….. lub stanu zatrudnienia w ilości ……….., wskazanych w tabeli 12. b),

 nie dokonałem uzupełnienia wymiaru czasu pracy w ilości…………. lub stanu zatrudnienia w ilości………, wskazanych w tabeli 12. b),

 nie dotyczy.

1. Współpraca Wnioskodawcy z PUP Płońsk w okresie ostatnich 2 lat:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma aktywizacji zawodowej** (prace interwencyjne, staż, doposażenie/wyposażenie stanowiska pracy, dotacja na rozpoczęcie dział, gosp., inna): | **Okres współpracy (miesiąc, rok):** | **Liczba osób przyjętych** przez Wnioskodawcę **w ramach wskazanej formy** aktywizacji zawodowej | **Liczba osób**, którym Wnioskodawca powierzył wykonywanie pracy **po zakończonej formie** aktywizacji zawodowej: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA**
2. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy: ……………………..
3. Informacja o wymiarze czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osób niepełnosprawnych: .
4. Okres utrzymania stanowisk pracy utworzonych w związku z przyznaną refundacją:

 co najmniej 18 miesięcy, refundacja w kwocie większej niż 4-krotność, jednak nie większej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia

 co najmniej 12 miesięcy, refundacja w kwocie nie większej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia.

1. Stanowiska przewidziane do utworzenia (z uwzględnieniem kodu i nazwy zawodu zgodnego z klasyfikacją zawodów i specjalności):
2. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana na wskazanych stanowiskach pracy:


6. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie niezbędne   
   do wykonywania pracy, jakie powinna posiadać osoba skierowana do pracy:


10. Miejsce utworzenia stanowiska pracy dla skierowanej osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy niezatrudnionej i niewykonującej innej pracy zarobkowej będącej opiekunem osoby niepełnosprawnej, (należy wskazać dokładny adres): a. ……………………………………………………………………………………………

b…………………………………………………………………………………………….

c…………………………………………………………………………………………….

**III. OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA**

* 1. Krótki opis przedsięwzięcia:

2. Przewidywany efekt ekonomiczny związany z doposażeniem lub wyposażeniem stanowiska pracy:

3. W przypadku gdy wnioskodawcy przysługuje prawo do obniżenia podatku   
od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług i jest udzielana w ***kwocie netto.***

a) Kwota wnioskowanych środków w przypadku płatnika podatku VAT, któremu ***przy*sługuje** prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego lub prawo do ubiegania się o zwrot podatku VAT:

- kwota ……………………. (netto), uwzględniona w poniższych tabelach tj. 4 i 5  
 w części III wniosku,

b) Kwota wnioskowanych środków w przypadku podmiotu któremu ***nie przysługuje*** prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego lub prawo do ubiegania się o zwrot podatku VAT :

- kwota ……………………. (brutto) ), uwzględniona w poniższych tabelach tj. 4 i 5  
 w części III wniosku.

4. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania (dokonana przy uwzględnieniu powyższych zaleceń):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **L.p.** | **Rodzaj zakupu  (z wyszczególnieniem parametrów)** | **Finansowanie** | | **Wartość ogółem** |
| **Środki własne\*** | **Refundacja\*\*** |
| **Stanowisko A** | **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |  |
| **Stanowisko B** | **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |  |
| **Stanowisko C** | **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** | | |  |  |  |

\**środki własne to: środki zgromadzone na rachunkach bankowych, zaciągnięte kredyty, darowizny,  itp. oraz wydatki poniesione na utworzenie danego stanowiska pracy poniesione w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku,*

*\*\* refundacji mogą podlegać koszty poniesione przez Wnioskodawcę na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP i wymaganiami ergonomii, które zostaną poniesione w terminie wskazanym w umowie.*

*UWAGA!*

*Refundacji nie podlegają koszty poniesione przez Wnioskodawcę przed dniem zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.*

1. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **L.p.** | **Rodzaj kosztu lub inwestycji** | **Kwota ( w zł)** | **Przewidywany termin realizacji** |
| **Stanowisko A** | **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |
| **Stanowisko B** | **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |
| **Stanowisko C** | **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **SUMA:** | |  |  |
| **OGÓŁEM:** | | |  |  |

UZASADNIENIE( należy uzasadnić potrzebę zakupów wskazanych w tabeli):

*Stanowisko A:*

Poz.1:

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

Poz.2:

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

Poz.3:

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

Poz.4:  
………………………………………………..………..……………………………… ………………………………………………..………..………………………………………. …………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..………………………………….………………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..…………………………………………………..………..………………………………………. …………………………………………………………..………..……………………………

Poz.5:

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

*Stanowisko B:*

Poz.1:

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

Poz.2:

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

Poz.3:

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

Poz.4:  
………………………………………………..………..……………………………… ………………………………………………..………..………………………………………. …………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..………………………………….………………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..…………………………………………………..………..………………………………………. …………………………………………………………..………..……………………………

Poz.5:

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

Stanowisko C:

Poz.1:

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

Poz.2:

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

Poz.3:

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

Poz.4:  
………………………………………………..………..……………………………… ………………………………………………..………..………………………………………. …………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..………………………………….………………………………………………………………..………..………………………………….…………………………………………………………..………..…………………………………………………..………..………………………………………. …………………………………………………………..………..……………………………

Poz.5:

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

6. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji(właściwe podkreślić):

 weksel z poręczeniem wekslowym (aval),

 gwarancja bankowa,

 blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym,

 weksel in blanco (w przypadku wyboru tej formy zabezpieczenia, konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia),

 poręczenie,

 zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach,

 akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika (w przypadku wyboru tej formy zabezpieczenia, konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia).

***Wybór formy zabezpieczenia skutkuje koniecznością złożenia oświadczenia załącznika nr 6***

Mając na uwadze treść Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz.Urz. UE L 119 z 4.05.2016), dane osobowe zawarte   
w niniejszym wniosku zostają udostępnione przez Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku wyłącznie w celu realizacji jego postanowień. Urząd zobowiązuje się do wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, by bezpieczeństwo udostępnionych danych spełniało wymogi powyższego rozporządzenia i chroniło prawa osób, których dane dotyczą.

**Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 6 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, wiarygodność podanych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

…….......…………………………………...

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

**Klauzula informacyjna w związku z wnioskiem o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej RODO, w związku z art. 88 ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy   
   w Płońsku z siedzibą w Płońsku (09-100 Płońsk ul. Wolności 12) reprezentowany przez Dyrektora Urzędu.
2. W urzędzie został powołany Inspektor Ochrony Danych. Można się z nim skontaktować elektronicznie: iod@pupplonsk.org.pl lub listownie - Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku, 09-100 Płońsk ul. Wolności 12, z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w oparciu m.in. o przepisy prawa (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g):
4. art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy;
5. art. 6 ust. 1 lit. b) RODO (tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą) w celu zawarcia i wykonania umowy, w tym kontaktowania się w związku z jej realizacją;
6. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,   
   w tym m.in. podatków, składek ZUS, archiwizowania danych - zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO;
7. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit c) RODO w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, jako przedstawicielu jednostki finansów publicznych tj. dochodzenia roszczeń;
8. zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w celach archiwalnych realizowanych   
   w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi dla prawnie uzasadnionego interesu zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów;
9. w związku z realizacją FEM 2021-2027, w szczególności w celu monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz do celów określania kwalifikowalności uczestników;
10. na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)   
    nr 2021/1060 z 24 czerwca 2021 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 159, z późn. zm.);
11. na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz. Urz. UE L 231 z 30.06.2021, str. 21, z późn. zm.);
12. na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, w szczególności art. 87-93;
13. W związku z realizacją umowy, której Administrator Danych Osobowych jest beneficjentem, tj. Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych   
    w powiecie płońskim (II).
14. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu PUP   
    na podstawie zawartej z PUP umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w szczególności firmy wdrażające niezbędne oprogramowanie, firmy serwisujące sprzęt informatyczny. Dostęp do Państwa danych osobowych mają pracownicy i współpracownicy administratora.

Ponadto Państwa dane osobowe mogą być powierzane lub udostępniane:

1. podmiotom, stronom umowy w ramach FEM 2021-2027, Instytucji Zarządzającej Funduszami Europejskimi dla Mazowsza 2021-2027 - Zarządowi Województwa Mazowieckiego, Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Mazowsza 2021-2027 – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Warszawie;
2. organom Komisji Europejskiej, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, prezesowi zakładu ubezpieczeń społecznych;
3. innym podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny   
   do realizacji celów określonych w ustępie 3 oraz przez czas wynikający

z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt administratora.

1. Posiada Pani/Pan prawo do:
2. **informacji**o operacjach przetwarzania;
3. **dostępu** do swoich danych osobowych;
4. **żądania sprostowania danych**, które są nieprawidłowe;
5. **żądania usunięcia danych**, gdy dane nie są niezbędne do celów,   
   dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem;
6. **żądania ograniczenia przetwarzania danych**, gdy kwestionowana jest prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne  z prawem;
7. **wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych** – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
9. Dane osobowe przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy nie podlegają zautomatyzowanemu przetwarzaniu, nie są przekazywane poza obszar Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
10. Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji wyżej wymienionego celu. Odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podjęcia stosownych działań.

……….......…………………………………...  
(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 1***

***do Wniosku o refundację kosztów***

***wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

……………………………. …………………………….

(pieczęć firmowa) (miejscowość i data)

**ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY**

W związku ze złożonym wnioskiem o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, zobowiązuje się, w razie pozytywnego rozpatrzenia wniosku i zawarcia stosownej umowy:

1. Rozliczenia wydatków niezbędnych do wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy;
2. Utrzymania stanowiska pracy utworzonego w związku z przyznaną refundacją przez okres co najmniej 18 miesięcy, a w przypadku przyznania refundacji w kwocie nie większej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia – co najmniej przez 12 miesięcy;
3. Zatrudnienie na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy łącznie przez wymagany okres (co najmniej 12 lub 18 miesięcy) w wymiarze czasu pracy określonym w umowie, nie mniejszym niż:
4. pełny wymiar czasu pracy – w przypadku skierowanego bezrobotnego,
5. połowa wymiaru czasu pracy – w przypadku skierowanego:

* poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej,
* bezrobotnego, którego stanowisko pracy związane jest z opieką nad dziećmi w żłobku, klubie dziecięcym, a także u przedsiębiorcy lub w przedsiębiorstwie społecznym, gdzie prowadzone są usługi rehabilitacyjne.

……….…………..…………………………

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 2***

***do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

……………………………. ………………………………….

(pieczęć firmowa) (miejscowość i data)

***OŚWIADCZENIA PRZEDSIĘBIORCY (W TYM ŻŁOBKA, KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE),   
NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA, NIEPUBLICZNEJ INNEJ FORMY WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO LUB NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY,***

Ja niżej podpisany, oświadczam niniejszym, co następuje:

1. W okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. Przez ostatnie 6 miesięcy jako przedsiębiorca (w tym żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne), wykonywałem działalność gospodarczą, a w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły – działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe;
3. W okresie ostatnich 6 miesięcy nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
4. Nie zalegam z:

* wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
* opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;

1. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
2. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

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

……….…………..………………………… (Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 3***

***do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

……………………………. ………………………………….

(pieczęć firmowa ) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA PRODUCENTA ROLNEGO**

Ja, niżej podpisany, oświadczam, co następuje:

1. W okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. W okresie ostatnich 6 miesięcy nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia;
3. Nie zalegam z:

- wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;

1. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
2. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. Przez ostatnie 6 miesięcy posiadałam gospodarstwo rolne lub prowadziłem dział specjalny produkcji rolnej;

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

……………………………………………………...

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 4***  
***do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

**OŚWIADCZENIA PRZEDSIĘBIORCY (W TYM ŻŁOBKA, KLUBU DZIECIĘCEGO  
LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE) LUB PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

W przypadku ubiegani się o refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego z opieką nad dziećmi ja, niżej podpisany, oświadczam,   
co następuje:

1. W okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. Nie zalegam z:

- wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

- opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;

1. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
2. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. Nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania (lub posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego), w przypadku, gdy wykonujesz działalność gospodarczą (lub posiadasz status przedsiębiorstwa społecznego) krócej niż 6 miesięcy.

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

……….…………..…………………………………...

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 5***  
***do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS,   
W TYM POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

*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),

- Rozporządzenie Komisji (UE) 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy   
de minimis w **sektorze rolnym** (Dz. Urz. UE L 352z 24.12.2013 r., str. 9, ze zm.,)

- Rozporządzenie Komisji (UE) 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy   
de minimis w **sektorze rybołówstwa i akwakultury** (Dz. Urz. UE L 190   
z dnia 28.06.2014 r. , str. 45, ze zm.).

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

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

(imię i nazwisko) (NIP)

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

(adres zamieszkania Wnioskodawcy)

W okresie trzech lat kalendarzowych poprzedzających dzień złożenia wniosku o pomocy de minimis w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy:

**- otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)**\* środków stanowiących pomoc publiczną de minimis;

**- otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)**\* pomocy de minimis przyznawaną przedsiębiorcom

wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym;

**- otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)**\* pomocy de minimis w rolnictwie;

**- otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)**\* pomocy de minimis w rybołówstwie i akwakulturze.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** | | | |  |  |

**Otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)**\* 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 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 dostępny w tut. Urzędzie.

W przypadku, gdy w okresie od dnia złożenia niniejszego oświadczenia do dnia zawarcia umowy o przyznanie środków na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy uzyskam pomoc de minimis, zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia PUP o wysokości uzyskanej pomocy.

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań, w związku z przepisem art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych informacji.**

**\*niepotrzebne skreślić**

…………..………………………………….

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 6***

***do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYBORZE FORMY ZABEZPIECZENIA**

1. Oświadczam, ze zgodnie z treścią wniosku wybierając zabezpieczenie w postaci weksel z poręczeniem wekslowym (aval):
2. zostałem poinformowany, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w celu zawarcia umowy, w terminie 14 dni kalendarzowych jestem zobowiązany do dostarczenia:

* odpowiednich dokumentów potwierdzających wysokość osiąganych dochodów dwóch poręczycieli na kwotę minimum 5 500,00 zł;
* OŚWIADCZENIA Współmałżonka Wnioskodawcy stanowiącego załącznik nr 5 do Regulaminu (w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą i spółki cywilnej);
* OŚWIADCZENIA – Zgody współmałżonka Poręczyciela na poręczenie zobowiązania wekslowego (aval), stanowiącego załącznik nr 6 do Regulaminu;
* OŚWIADCZENIA Poręczyciela stanowiącego załącznik nr 7 do Regulaminu.

1. Oświadczam, że zgodnie z treścią wniosku wybierając zabezpieczenie w postaci gwarancji bankowej lub blokady środków zgromadzonych na rachunku bankowym (kwota zabezpieczenia podwyższona o 20% kwoty przyznanej przy okresie gwarancji bankowej lub blokady rachunku bankowego wynosi:

* min. 27 miesięcy w przypadku przyznania refundacji i utrzymania stanowiska przez okres co najmniej 18 miesięcy,
* min. 18 miesięcy w przypadku przyznania refundacji i utrzymania stanowiska przez okres co najmniej 12 miesięcy

od dnia podpisania umowy.

1. Zostałem poinformowany, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w celu zawarcia umowy, w terminie 14 dni kalendarzowych jestem zobowiązany do dostarczenia odpowiednich dokumentów finansowych oraz Oświadczenia Współmałżonka Wnioskodawcy (stanowiącego załącznik nr 5 do Regulaminu).
2. W przypadku aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika należy złożyć oświadczenie dotyczące wykazania składników majątku,  
   z których w razie niedotrzymania warunków umowy będzie mogła być przeprowadzona egzekucja. Należy również udokumentować tytuł prawny wnioskodawcy do każdego z tych przedmiotów majątkowych, wskazać ewentualne ograniczenia w rozporządzaniu nim.

**Uwaga!**

Brak dostarczenia ww. dokumentów w terminie skutkować będzie brakiem zawarcia umowy i przekazaniem środków.

**Świadomy o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny) oświadczam,   
że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

………………………………………………

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

***Załącznik Nr 7***

***do Wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

**OŚWIADCZENIE**

złożone na podstawie art. 74 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia:

Ja niżej podpisany/a:

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

(imię i nazwisko)

Reprezentujący/a:

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

(oznaczenie Pracodawcy − pełna nazwa i adres)

oświadczam, że na dzień złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej:

**- posiadam zaległości podatkowe\*,**

**- nie posiadam zaległości podatkowych\***

**wobec organów Krajowej Administracji Skarbowej (KAS)**.

**\*** niewłaściwe skreślić

………………………………………………

(Data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oryginalne zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych   
   o niezaleganiu w opłacaniu składek;
2. Oryginalne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu   
   w podatkach;
3. Potwierdzenie numeru konta bankowego i nazwy banku;
4. Załącznik Nr 1. Zobowiązanie wnioskodawcy;
5. Załącznik nr 2 Oświadczenia przedsiębiorcy (w tym żłobka, klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne) lub przedsiębiorstwa społecznego;
6. Załącznik Nr 3. Oświadczenie producenta rolnego;
7. Załącznik Nr 4. oświadczenia przedsiębiorcy (w tym żłobka, klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne) lub przedsiębiorstwa społecznego;
8. Załącznik Nr 5. Oświadczenie o pomocy de minimis w tym w rolnictwie   
   lub rybołówstwie;
9. Załącznik Nr 6. Oświadczenie Wnioskodawcy o wyborze formy zabezpieczenia;
10. Załącznik Nr 7. Oświadczenie o nie zaleganiu wobec organów KAS;
11. Załącznik Nr 8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się   
    o pomoc de minimis;
12. Załącznik Nr 9. Zgłoszenie oferty pracy;
13. W przypadku producenta rolnego - dokumenty potwierdzające zatrudnienie   
    w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.