Tomaszów Mazowiecki, dnia ……………………..

.......................................................... **POWIATOWY URZĄD PRACY**

(Pieczęć firmowa Wnioskodawcy) **w Tomaszowie Mazowieckim**

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

(osoba wskazana do kontaktu)

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

(nr telefonu do kontaktu)

# WNIOSEK

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia**

**stanowiska pracy dla skierowanego przez PUP bezrobotnego**

Podstawa prawna:   
*Ustawa z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
(Dz. U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.); Rozporządzenie MRPiPS z dnia 14 lipca 2017r.   
w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U z 2022r., poz. 243); Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 poz. 702).*

**Refundacja ze środków Funduszu Pracy stanowi pomoc „de minimis**”,   
w rozumieniu przepisów *rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz .UE L 352 z 24.12.2013, str. 1)   
i są udzielane zgodnie z przepisami tego rozporządzenia.*

**Wnioskuję** o refundację kosztów **wyposażenia / doposażenia**\* (\*niepotrzebne skreślić) ................. stanowisk(a) pracy, dla skierowanego(ych) przez PUP bezrobotnego(ych) lub opiekuna(ów), w kwocie ogółem ......................................zł, słownie:...........................................................................................................................  
Wymiar czasu pracy zatrudnionych skierowanych opiekunów ……………….………....

1. **Dane Wnioskodawcy:**
   * + - 1. **1.1** Nazwa firmy i adres siedziby
         2. ……….……….............................................................................................................
       1. ....................................................................................................................................  
           adres do korespondencji
       2. ……………………………………………………………………………….…….………....  
           e-mail.................................................................... telefon .........................................
       3. **1.2** Nazwisko i imię, adres zamieszkania (dotyczy osób fizycznych)

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

**1.3** Numer REGON.........................................................................................................  
**1.4** Numer NIP ...............................................................................................................  
**1.5** Numer PESEL..........................................................................................................  
**1.6** Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie   
 z PKD ......................................................................................................................  
**1.7** Przedmiot prowadzonej działalności........................................................................  
**1.8** Forma prawna prowadzonej działalności.................................................................  
**1.9** Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ...........................................................  
**1.10** Wnioskodawca **jest/nie jest\*** podatnikiem VAT (\*niepotrzebne skreślić)

**1.11** Forma rozliczenia z Urzędem Skarbowym (\*niepotrzebne skreślić):

a) karta podatkowa\*;

b) ryczałt od przychodów ewidencjonowanych\*;

c) podatkowa księga przychodów i rozchodów - podatek progresywny 12/32%\*;

d) podatkowa księga przychodów i rozchodów z podatkiem liniowym 19%\*;

e) księgi rachunkowe (pełna rachunkowość)\*;

**1.12** Informacje o **stanie zatrudnienia w ciągu ostatnich sześciu miesięcy**

**poprzedzających złożenie wniosku:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Miesiąc i rok**  **(xx-xxxx)** | **Liczba pracowników  w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\*** | **Liczba pracowników zatrudnionych w ramach umów  z Urzędami Pracy** | **Przyczyny ewentualnego zmniejszenia stanu zatrudnienia**  **i forma rozwiązania umowy** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

**\* nie wlicza się pracowników przebywających na urlopach wychowawczych i zatrudnionych**

**w celu przygotowania zawodowego (uczniów), a także umów cywilnoprawnych.**

**1.13** Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\* w dniu

złożenia wniosku ……..................

**1.14 Oświadczam, że w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku**

**nie rozwiązałem(am) stosunku pracy z pracownikiem(ami) w drodze**

**wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn**

**niedotyczących pracowników.**

**2. „POMOC DE MINIMIS”**

**2.1** Liczba tworzonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych .....................  
 w tym dla osób znajdujących się w szczególnej sytuacji na rynku pracy   
 (art. 49 ustawy) …………..…. w tym dla osób powyżej 50 roku życia………………

**2.2** Adres miejsca wykonywania pracy przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych)  
 1) .............................................................................................................................,

stanowisko:................................................................................................................

2) .............................................................................................................................,

stanowisko:................................................................................................................

**3. Charakterystyka tworzonych miejsc pracy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Stanowisko-zawód\*** | **Liczba osób** | **Rodzaj wykonywanej pracy** | **Wymagane kwalifikacje, umiejętności  i doświadczenie zawodowe niezbędne  do wykonywania pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

**\*nazwa zawodu lub specjalności powinna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności zawartą *w rozporządzeniu MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów***

***i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018r., poz. 227***

***ze zm.).***

**4. Koszt wyposażenia lub doposażenia** stanowisk pracy wraz ze specyfikacją

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Specyfikacja wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup **środków trwałych, urządzeń, maszyn niezbędnych** do zapewnienia zgodności  stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii | Ilość  sztuk | Kwota brutto  ( w zł ) | W tym  z Funduszu Pracy |
|  | **Stanowisko: ......................................................**  **………………………………………** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | |  |  |

* **Zakupy należy dokonać w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia zatrudnienia skierowanego bezrobotnego (termin ten nie może być dłuższy niż 1 m-c od zawarcia umowy).**
* **Niedopuszczalne jest nabywanie ze środków Funduszu Pracy maszyn**

**i urządzeń stanowiących wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy**

**od współmałżonka oraz od osób poręczających i ich współmałżonków.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Specyfikacja wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup **środków trwałych, urządzeń, maszyn niezbędnych** do zapewnienia zgodności  stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii | Ilość  sztuk | Kwota brutto  ( w zł ) | W tym  z Funduszu Pracy |
|  | **Stanowisko: ........................................................**  **………………………..………………** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | |  |  |

* **Zakupy należy dokonać w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia zatrudnienia skierowanego bezrobotnego (termin ten nie może być dłuższy niż 1 m-c od zawarcia umowy).**
* **Niedopuszczalne jest nabywanie ze środków Funduszu Pracy maszyn**

**i urządzeń stanowiących wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy**

**od współmałżonka oraz od osób poręczających i ich współmałżonków.**

**5. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy i źródeł ich finansowania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Koszt tworzenia stanowiska pracy w tym:** | | | |
| **Udział Funduszu Pracy** | **Udział własny** | **Inne źródła finansowania** | **Razem** |
| **Wyposażenie lub doposażenie** |
| **1** | **2** | **3** | **1+2+3** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

1. **Forma zabezpieczenia** zwrotu refundacji przez wnioskodawcę:

………………………………………………………………………………………………

1. **Refundacji należy dokonać na konto nr:**

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

w Banku: ………………………………………………………………………………………

1. **Uzasadnienie zakresu, cen planowanych zakupów oraz inne wyjaśnienia   
   w związku z wyposażeniem miejsca pracy dla skierowanego bezrobotnego:**

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

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

***ZAŁĄCZNIKI:***

Załącznik nr 1 – Zobowiązanie wnioskodawcy

Załącznik nr 2 – Oświadczenie wnioskodawcy

Załącznik nr 3 – Oświadczenie o pomocy de minimis

Załącznik nr 4 – Oświadczenie wnioskodawcy

Załącznik nr 5 – Oświadczenie współmałżonka Wnioskodawcy

***Ewentualnie inne dokumenty uzgodnione z PUP.***

1. Dokument poświadczający formę prawną istnienia firmy (wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej, odpis KRS, umowa spółki cywilnej).
2. Umowa rachunku bankowego pracodawcy lub inny dokument potwierdzający aktualny numer rachunku (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem).
3. Oświadczenie lub zaświadczenie(a) o pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok i poprzedzające go 2 lata oraz informację o innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych.
4. W przypadku zakupu maszyn/urządzeń o wartości 3.500,00 zł brutto należy załączyć dokumenty uwiarygadniające wartość urządzeń poprzez np.: fakturę pro forma, ofertę cenową, materiały reklamowe).
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**Uwzględniane będą wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone, na które PUP dysponuje środkami na ich sfinansowanie.**

**Złożenie wniosku o refundację nie gwarantuje otrzymania środków.**

**Od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.**

……………………………………… ……………………………………..  
(Miejscowość, data) (Pieczęć i podpis Wnioskodawcy  
 lub osoby upoważnionej do

reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 1 do wniosku**

**ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY**

W związku ze złożonym wnioskiem o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego **zobowiązuję się**, w razie pozytywnego rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy, do:

1. Zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego przez okres 24 miesięcy.
2. Utrzymania przez okres 24 miesięcy, miejsc pracy utworzonych w związku   
   z przyznaną refundacją.
3. Dokonania zwrotu równowartości odliczonego lub zwróconego (zgodnie   
   z ustawą o podatku od towarów i usług) podatku od zakupionych towarów   
   i usług w ramach przyznanej refundacji w terminie określonym w umowie.
4. Nierozliczenia wydatków, na których finansowanie otrzymałem wcześniej środki publiczne.

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

(Miejscowość, data) (Pieczęć i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do

reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. **nie zalegam / zalegam\*** (\*niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku

z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

1. **nie zalegam / zalegam\*** (\*niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku

z opłacaniem innych danin publicznych;

1. **nie posiadam / posiadam** (\*niepotrzebne skreślić) w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
2. **prowadzę** działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów *ustawy z dnia  
   6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2023 r. poz. 221 ze zm.),* przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności;
3. **nie byłem** karany w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu *ustawy z dnia 6 czerwca 1997r – Kodeks karny (Dz.U. z 2023 poz. 289 ze zm.)* lub *ustawy z dnia  
   28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2023 poz. 659 ze zm.)*;
4. w okresie 365 dni przed zgłoszeniem oferty pracynie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym wtej sprawie.W przypadku zgłaszania kolejnych ofert pracy zobowiązuję się powiadomić PUP o jakiejkolwiek zmianie treści powyższego oświadczenia;
5. **spełniam** warunki określone w *rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia  
   18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str 1)* odnoszące się do dopuszczalności udzielenia pomocy.;
6. **spełniam** warunki, 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 (t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 243.);*
7. **nie otrzymałem** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem   
   i ze wspólnym rynkiem;
8. **nie rozwiążę** stosunku pracy z pracownikiem (ami) w drodze wypowiedzenia dokonanym przeze mnie (przez nas) bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
9. **Nie obniżyłem** wymiaru czasu pracy pracownika w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz nie obniżę wymiaru czasu pracy pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
10. **nie zostałem ukarany** karą zakazu do środków o których mowa  
    w *art. 5 ust 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych  
    ( Dz. U z 2022 poz. 1634 ze zm.).*

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

(Miejscowość, data) (Pieczęć i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do

reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3 do wniosku**

…………………………, dnia...........................

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

Pieczątka Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam co następuje:  
…………………………………………………………………………………………………

(Pełna nazwa Wnioskodawcy)

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy  
**nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am[[1]](#footnote-1)** pomoc de minimis[[2]](#footnote-2) w następującej wielkości:

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

…………………………………………………….

(Pieczęć i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do

reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 4 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

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

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

*(nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …..……………………………………………….……………

*(imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby rozpatrzenia wniosku z dnia ………………..……….. w sprawie **Refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,**

oświadczam, że podmiot/osoba, który/którą reprezentuję oraz podmioty/osoby z nimi powiązane nie zostały objęte sankcjami na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów oraz osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne.

………………………………………………………

*data, podpis(y) osoby/osób upoważnionej(ych)*

Lista osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne prowadzona jest przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w *ustawie z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego*.

**Załącznik nr 5 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY**

do wniosku z dnia......................... o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego przez PUP bezrobotnego

Ja niżej podpisany(a)......................................................................................................

PESEL........................................................................oświadczam, że wyrażam zgodę na zawarcie umowy o refundację ze środków Funduszu Pracy, kosztów poniesionych przez wnioskodawcę na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego.

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

(podpis składającego oświadczenie)

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej na temat przetwarzania danych osobowych.

………………………………………..

(podpis składającego oświadczenie)

Pan/Pani..........................................................................legitymujący(a) się dowodem osobistym nr...............................................PESEL...........................................złożył(a) własnoręczny podpis w mojej obecności.

Tomaszów Maz. dnia................................. ……………………………………

(podpis pracownika PUP)

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA**

Ja niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zamieszkały(a) w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dowód osobisty numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydany dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ważny do dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr telefonu do kontaktu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wypełnia poręczyciel pozostający w stosunku pracy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (pełna nazwa i adres zakładu pracy)  od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na czas **nieokreślony / określony**\* do dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  na stanowisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Moje miesięczne dochody brutto z tytułu zatrudnienia wynoszą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.  Moje wynagrodzenie **nie jest / jest**\* obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów kwotą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.  Nie znajduję się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę ani w okresie próbnym. | |
| **Potwierdzenie zakładu pracy:**  Dane kontaktowe do osoby potwierdzającej oświadczenie:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (imię i nazwisko) (stanowisko) (telefon) | |
| Pieczęć zakładu pracy | Data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej: |

**Wypełnia poręczyciel prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą:**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (pełna nazwa)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (adres) (NIP)  Moje miesięczne dochody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej na zasadach ogólnych wynoszą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. (na podstawie PIT za rok poprzedni)  ***W przypadku poręczyciela prowadzącego działalność gospodarczą należy przedłożyć do wglądu PIT za rok poprzedni.*** |

**Wypełnia poręczyciel będący emerytem lub rencistą do 73 roku życia:**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że jestem **emerytem / rencistą**\*.  Rentę mam przyznaną do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  Moje miesięczne dochody brutto z tytułu emerytury/renty wynoszą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.  ***W przypadku poręczyciela będącego emerytem lub rencistą należy przedłożyć do wglądu decyzję o przyznaniu lub waloryzacji emerytury/renty.*** |

Oświadczam, że:

stan cywilny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokument potwierdzający stan cywilny (wypełniają jedynie osoby posiadające stan cywilny: rozwiedziony/rozwiedziona, wdowiec/wdowa, osoba w separacji): numer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydany dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (do wglądu dokument potwierdzający ten fakt).

**Pozostaje / nie pozostaje**\* we wspólności majątkowej na podstawie dokumentu numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydanego dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (do wglądu dokument potwierdzający ten fakt).

**Nie posiadam / posiadam**\* zobowiązań(nia) finansowych(e) w łącznej wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kwota miesięcznej spłaty zadłużenia wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ostateczny termin spłaty \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

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

data i czytelny podpis poręczyciela

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej na temat przetwarzania danych osobowych.

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

data i czytelny podpis poręczyciela

\*Niepotrzebne skreślić

**Potwierdzam dane w dokumentach przedstawionych do wglądu zawarte**

**w niniejszym oświadczeniu.**

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

(Data) (podpis pracownika PUP

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA**

Ja niżej podpisany(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zamieszkały(a) w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dowód osobisty numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydany dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ważny do dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr telefonu do kontaktu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wypełnia poręczyciel pozostający w stosunku pracy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (pełna nazwa i adres zakładu pracy)  od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na czas **nieokreślony / określony**\* do dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  na stanowisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Moje miesięczne dochody brutto z tytułu zatrudnienia wynoszą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.  Moje wynagrodzenie **nie jest / jest**\* obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów kwotą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.  Nie znajduję się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę ani w okresie próbnym. | |
| **Potwierdzenie zakładu pracy:**  Dane kontaktowe do osoby potwierdzającej oświadczenie:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (imię i nazwisko) (stanowisko) (telefon) | |
| Pieczęć zakładu pracy | Data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej: |

**Wypełnia poręczyciel prowadzący pozarolniczą działalność gospodarczą:**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą pod nazwą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (pełna nazwa)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (adres) (NIP)  Moje miesięczne dochody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej na zasadach ogólnych wynoszą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. (na podstawie PIT za rok poprzedni)  ***W przypadku poręczyciela prowadzącego działalność gospodarczą należy przedłożyć do wglądu PIT za rok poprzedni.*** |

**Wypełnia poręczyciel będący emerytem lub rencistą do 73 roku życia:**

|  |
| --- |
| Oświadczam, że jestem **emerytem / rencistą**\*.  Rentę mam przyznaną do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  Moje miesięczne dochody brutto z tytułu emerytury/renty wynoszą \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.  ***W przypadku poręczyciela będącego emerytem lub rencistą należy przedłożyć do wglądu decyzję o przyznaniu lub waloryzacji emerytury/renty.*** |

Oświadczam, że:

stan cywilny \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokument potwierdzający stan cywilny (wypełniają jedynie osoby posiadające stan cywilny: rozwiedziony/rozwiedziona, wdowiec/wdowa, osoba w separacji): numer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydany dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (do wglądu dokument potwierdzający ten fakt).

**Pozostaje / nie pozostaje**\* we wspólności majątkowej na podstawie dokumentu numer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ wydanego dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (do wglądu dokument potwierdzający ten fakt).

**Nie posiadam / posiadam**\* zobowiązań(nia) finansowych(e) w łącznej wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kwota miesięcznej spłaty zadłużenia wynosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ostateczny termin spłaty \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

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

data i czytelny podpis poręczyciela

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej na temat przetwarzania danych osobowych.

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

data i czytelny podpis poręczyciela

\*Niepotrzebne skreślić

**Potwierdzam dane w dokumentach przedstawionych do wglądu zawarte**

**w niniejszym oświadczeniu.**

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

(Data) (podpis pracownika PUP)

**Klauzula informacyjna RODO dla wykonawców / podwykonawców projektu**

*(art. 13 i 14 RODO)*

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

* + - 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

1. Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: [info@lodzkie.pl](mailto:info@lodzkie.pl),
2. Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608, ul. .Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: [lowu@wup.lodz.pl](mailto:lowu@wup.lodz.pl),
3. Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim z siedzibą w Tomaszowie Mazowieckim 97-200, ul. św. Antoniego 41, tel.: 44 724 68 64, e-mail: [loto@praca.gov.pl](mailto:loto@praca.gov.pl).
   * + 1. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:
4. adres e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl) lub na adres siedziby administratora,
5. adres e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora,
6. adres e-mail: [iod@puptomaszow.pl](mailto:iod@puptomaszow.pl) lub na adres siedziby administratora.
   * + 1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

* art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO w związku z:
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym 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;
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
* ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych;
* ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
* ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

1. Przetwarzane dane to:

Imię i nazwisko/nazwa instytucji, NIP, REGON, PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, adres, źródło i kwota dochodu, wysokość aktualnych zobowiązań finansowych, data zawarcia umowy, kwota na którą zawarto umowę.

1. Źródło Pani/Pana:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.

1. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

* Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego
* podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu;
* użytkownicy stron internetowych dotyczących zamówień publicznych;
* podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

1. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

1. Posiada Pani/Pan prawo do:

* dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

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

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

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

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

   Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo. [↑](#footnote-ref-2)