*Załącznik do zarządzenia* ***10/2024*** *z dnia* ***27.02.2024***  *r.*

………………………………………………………

**data wpływu wniosku do PUP w Nowym Tomyślu**

**CAZ.5166. .20……**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Nowym Tomyślu**

**ul. Poznańska 30**

**64-300 Nowy Tomyśl**

## w n i o s e k

**PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ/PODMIOTU
ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE/PRZEDSZKOLA/ SZKOŁY/
PRODUCENTA ROLNEGO/ŻŁOBKA/KLUBU DZIECIĘCEGO\***

**O REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY KOSZTÓW WYPOSAŻENIA**

**LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

**Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku,
a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy należy wpisać „nie dotyczy”, „brak” lub „nie posiadam”.**

**Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone.**

**Wnioskodawca składa wniosek wraz z kompletem dokumentów, w tym ze wskazanymi załącznikami, w kancelarii PUP w Nowym Tomyślu. Kserokopie składanych dokumentów wnioskodawca wykonuje we własnym zakresie
i potwierdza za zgodność z oryginałem, natomiast w razie konieczności jest zobowiązany przedłożyć do wglądu oryginały dokumentów na każde wezwanie Urzędu.**

# CZĘŚĆ A – DANE dotyczące wnioskodawcy i przedmiotu refundacji

1. **OZNACZENIE WNIOSKODAWCY**
2. Pełna nazwa wnioskodawcy zgodna z dokumentami rejestrowymi lub imię i nazwisko
*(w przypadku osoby fizycznej będącej producentem rolnym)*: …………..…………………………………..………………...

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

1. Adres siedziby: ........................................................................................................................................

Adres zamieszkania: ...............................................................................................................................

Adres do korespondencji: .......................................................................................................................

1. Nr telefonu kontaktowego (*komórkowego i stacjonarnego*): ………………………………………………………..…
2. Adres e-mail do korespondencji elektronicznej …………………………………………………….…………………….…..
3. NIP: ..........................................................................................................................................................
4. PESEL: (*w przypadku osoby fizycznej*) .........................................................................................................
5. REGON: ...................................................................................................................................................
6. Podstawa prawna działalności *(nazwa rejestru i nr wpisu do rejestru)*: .....................................................

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

1. Forma prawna prowadzonej działalności: .............................................................................................
2. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: .........................................................................................
3. Rodzaj prowadzonej działalności, w ramach której zostanie utworzone stanowisko pracy
w związku z wnioskowaną refundacją *(krótko opisać rodzaj prowadzonej działalności; podać symbol
i opis podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności – PKD)*:

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

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

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

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

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

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

1. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który mają być przekazane wnioskowane środki w ramach refundacji, w przypadku ich przyznania *(pełna nazwa banku/ oraz numer rachunku):*

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

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

1. **DANE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU REFUNDACJI:**
2. Lokalizacja zakładu, w którym zostaną utworzone stanowiska pracy dla skierowanych osób w związku z wnioskowaną refundacją (*dokładny adres, nr telefonu*):

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

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

1. Liczba i nazwa stanowisk pracy dla skierowanych osób, które zostaną utworzone
w związku z wnioskowaną refundacją:

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

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

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

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

1. Wnioskowana kwota refundacji w pełnych złotych ............................................... (słownie złotych:

................................................................................................................................................................)

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji: .
* Poręczenie
* weksel z poręczeniem (aval)
* gwarancja bankowa
* zastaw na prawach lub rzeczach
* blokada środków na rachunku bankowym
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji

W przypadku zabezpieczenia w formie poręczenia cywilnego lub weksla z poręczeniem (aval)
na poręczyciela/i proponuję:

1. Pan(i) .......................................................................................................................................................... (nazwisko i imię, miejsce zamieszkania) zatrudnionego …….….....................................................................
 z miesięcznym wynagrodzeniem netto ....................................................................................................... 2. Pan(i) …………………………………………………………….......................................................................................... zatrudnionego ...............................................................................................................................................
z miesięcznym wynagrodzeniem netto ........................................................................................................
***W załączeniu przedkładam oświadczenia poręczycieli.***

1. **Całkowita kalkulacja wydatków** na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy, które mają podlegać refundacji oraz źródła ich finansowania ***(UWAGA! w przypadku wnioskowania o refundację więcej niż 1 stanowiska pracy poniższą tabelę należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie wydatków | Źródła finansowania nowych stanowisk pracy (w zł) | Koszt utworzenia stanowiska pracy(razem w zł) |
| Środki własne | Środki z Funduszu Pracy | Inne źródła |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |

1. **Szczegółowa specyfikacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy, które mają podlegać refundacji w ramach wnioskowanych środków**, przeznaczonych
w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych
do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami BHP i wymaganiami ergonomii ***(UWAGA!
w przypadku wnioskowania o refundację więcej niż 1 stanowiska pracy poniższą tabelę należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatków** (każde stanowisko pracy oddzielnie)**stanowisko pracy …………………………………………………………….** *(nazwa stanowiska zgodna z informacją w pkt 2 )* | **Kwota wydatku brutto podlegająca refundacji[[1]](#footnote-1)(PLN)** |
| **Kategoria I - wydatki jednostkowe do kwoty 10 000 zł:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM KATEGORIA I:** |  |
| **Kategoria II - wydatki jednostkowe powyżej kwoty 10 000 zł:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM KATEGORIA II:** |  |
| **Kategoria III - wydatki na zakup usług:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM KATEGORIA III:** |  |
| **RAZEM WSZYSTKIE WYDATKI (suma pozycji I, II, III):**  |  |

1. **Rodzaj pracy**, jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby na poszczególnych stanowiskach pracy oraz **kwalifikacje zawodowe** i inne wymagania zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni (np.: wykształcenie, uprawnienia, doświadczenie zawodowe, itp.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko pracy i wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych osób***(nazwa stanowiska zgodna z informacją w pkt 2 )* | **Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby - zakres czynności wykonywanych na poszczególnych stanowiskach pracy**  *(należy uwzględnić ewentualną zmianowość pracy)* | **Kwalifikacje zawodowe,** **uprawnienia zawodowe** **i inne wymagania zawodowe** **niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinna posiadać skierowana osoba** |
|  | Stanowisko:Wymiar czasu pracy: |  |  |
|  | Stanowisko:Wymiar czasu pracy: |  |  |

**CZĘŚĆ B – KWESTIONARIUSZ INFORMACYJNY DOTYCZĄCY WNIOSKODAWCY**

**I PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

1. **Stan zatrudnienia**:
* Liczba pracowników na dzień złożenia wniosku ..............................................................................
* Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku wraz z podaniem przyczyn zwolnienia oraz podaniem artykułu Kodeksu Pracy, na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób** | **Przyczyna rozwiązania stosunku pracy – artykuł Kodeksu Pracy** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

*\*w przypadku braku zwolnień pracowników należy wpisać w powyższej tabeli wyrażenie „nie dotyczy”, natomiast
w przypadku rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku należy przedstawić do wglądu uwierzytelnione kserokopie świadectw pracy osób zwolnionych*

1. **Liczba pracowników, którym zmniejszono wymiar czasu pracy** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku .............................................................................................\*
2. **Osoba/-y uprawniona/-e** do podejmowania decyzji wiążących w stosunku do wnioskodawcy, zaciągania w jego imieniu zobowiązańi podpisywania umów(*imię i nazwisko, nr PESEL, seria
i numer dowodu osobistego, adres zamieszkania, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail do kontaktów z Urzędem (zgodnie z dokumentem rejestrowym)*):

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

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

1. **Dane osoby upoważnionej przez wnioskodawcę do kontaktów z Urzędem oraz dokonywania korekt i uzupełnień w dokumentacji wnioskowej** **w sprawach związanych z wnioskiem**
*(imię i nazwisko, stanowisko, seria i numer dowodu osobistego, numer telefonu kontaktowego, adres e-mail do kontaktów z Urzędem zgodnie z dokumentem rejestrowym)*:

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

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

*\* Podmiot, który w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, obniżył wymiar czasu pracy pracownika lub zamierza obniżyć ten wymiar w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą COVID-19”, lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19****, dołącza do wniosku oświadczenie*** *o obniżeniu lub zamiarze obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19*

INFORMACJA

* + 1. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku podmiot jest powiadamiany w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku wraz załącznikami.
		2. Wniosek nieczytelnie wypełniony, niekompletny i bez wszystkich wymaganych załączników pozostanie bez rozpatrzenia.
		3. Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy jest dokonywana
		na wniosek podmiotu po przedłożeniu rozliczenia poniesionych kosztów, zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych oraz spełnieniu warunków określonych w zawartej umowie.
		4. Refundacja dokonywana jest na podstawie umowy zawartej na piśmie pod rygorem nieważności.
		5. Wniosek powinien być wypełniony starannie i czytelnie.
		6. Złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z przyznaniem refundacji kosztów wyposażenia
		lub doposażenia stanowiska pracy.
		7. Odmowa przyznania refundacji kosztów wyposażenia i doposażenia stanowiska pracy
		nie podlega odwołaniu.

**Przyjmuję/-emy do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem refundacji.**

**Oświadczam/-y, że zapoznałem/-liśmy się z *regulaminem refundacji kosztów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Nowym Tomyślu* i przyjmuję/-emy zawarte w nich warunki.**

**Informuję/-emy, że spełniam/-y warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej oraz w regulaminie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Nowym Tomyślu.**

Prawdziwość informacji podanych we wniosku o refundację oraz zawartych w załączonych do niego dokumentach potwierdzam/-y własnoręcznym podpisem. Świadom/-mi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam/-y, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i czytelny podpis Wnioskodawcy)*

*zgodnie z reprezentacją wg dokumentów rejestrowych)*

OŚWIADCZENIE

**Podmiot prowadzący działalność gospodarczą, niepubliczne przedszkole/niepubliczna szkoła**

*Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych
(art. 233 Kodeks Karny) oświadczam(y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne
z prawdą.*

**Oświadczam(y), że:**

W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

1. **obniżyłem / nie obniżyłem\*** wymiaru czasu pracownika\*
2. **obniżyłem / nie obniżyłem\*** wymiar czasu pracownika na podstawie art. 15g ust. 8
lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub na podstawie aneksu
do umowy zawartej ze Starostą w związku z art. 15zzf ww. ustawy;
3. **rozwiązałem / nie rozwiązałem\*** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;

W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji:

1. **obniżę / nie obniżę\*** wymiaru czasu pracy pracownika;
2. **zamierzam obniżyć / nie zamierzam obniżyć\*** wymiar czasu pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze Starostą w związku z art. 15zzf ww. ustawy;
3. **rozwiążę / nie rozwiążę** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników**;**
4. **prowadzę / nie prowadzę\*** działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia
6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. 2023 poz. 221 z późn. zm.), przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym
że do 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,
5. **zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
6. **zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
7. **posiadam / nie posiadam\*** zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych;
8. **posiadam / nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
9. **toczy się / nie toczy się\*** w stosunku do zakładu pracy postępowanie upadłościowe
i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
10. **byłem / 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 i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,
11. zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Nowym Tomyślu otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
12. **przysługuje / nie przysługuje\*** mi prawo do zwrotu równowartości odliczonego lub zwróconego, zgodnie zustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji
13. dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

*Wyciąg z Kodeksu Postępowania Administracyjnego Art. 75 § 2. Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.”*

*…………………………………………………*

*Podpis wnioskodawcy*

***\*niewłaściwe skreślić***

OŚWIADCZENIE

**Producent rolny**

*Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych
(art. 233 Kodeks Karny) oświadczam(y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne
z prawdą.*

**Oświadczam(y), że:**

W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

1. **obniżyłem / nie obniżyłem\*** wymiaru czasu pracownika\*
2. **obniżyłem / nie obniżyłem\*** wymiar czasu pracownika na podstawie art. 15g ust. 8
lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub na podstawie aneksu
do umowy zawartej ze Starostą w związku z art. 15zzf ww. ustawy;
3. **rozwiązałem / nie rozwiązałem\*** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;

W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji:

1. **obniżę / nie obniżę\*** wymiaru czasu pracy pracownika;
2. **zamierzam obniżyć / nie zamierzam obniżyć\*** wymiar czasu pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r.
o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem
i zwalczaniem COVID 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze Starostą w związku
z art. 15zzf ww. ustawy;
3. **rozwiążę / nie rozwiążę** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników**;**
4. **posiadam / nie posiadam** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
5. **zatrudniałem / nie zatrudniałam** 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 przedkładam dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.
6. **zalegam / nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
7. **zalegam / nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
8. **posiadam / nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
9. **toczy / nie toczy** się w stosunku do zakładu pracy postępowanie upadłościowe
i **nie został / został** zgłoszony wniosek o likwidację
10. **byłem / 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 i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia,
11. zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimisw dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Nowym Tomyślu otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimi.,
12. **przysługuje /nie przysługuje\*** mi prawo do zwrotu równowartości odliczonego lub zwróconego, zgodnie zustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług, podatku naliczonego dotyczącego zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji
13. dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

*Wyciąg z Kodeksu Postępowania Administracyjnego Art. 75 § 2. Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.”*

*…………………………………………………*

*Podpis wnioskodawcy*

**Wykaz załączników, które należy złożyć razem z wnioskiem:**

1. **Formularz zawierający oświadczenie wnioskodawcy** (*formularz wg wzoru Urzędu*).
2. **Dokumenty poświadczające podstawę i formę prawną działania:**
3. ***podmiotu,* w tym *podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne*** (*kopie potwierdzone przez* *wnioskodawcę
za zgodność z oryginałem*):

- dokumenty rejestrowe w przypadku ich braku w publicznie dostępnych urzędowych rejestrach elektronicznych (*aktualne, tj. nie starsze niż 3 miesiące*), dokumenty założycielskie wraz ze zmianami;

1. ***niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły***, ***żłobka, klubu dziecięcego*** (*kopie potwierdzone przez* *wnioskodawcę za zgodność z oryginałem*):

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół, placówek niepublicznych, rejestru żłobków
i klubów dziecięcych w przypadku braku w publicznie dostępnych urzędowych rejestrach elektronicznych (*aktualne, tj. nie starsze niż 3 miesiące*), dokumenty założycielskie wraz
ze zmianami, dodatkowo w przypadku osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej dokumenty organu prowadzącego takie,
jak w przypadku podmiotu wymienione w pkt 2) lit. a),

1. ***producenta rolnego*** (*kopie* *potwierdzone przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem*):

- dokumenty potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego – zaświadczenie z urzędu gminy/miasta potwierdzające własność, posiadanie samoistne lub dzierżawienie gospodarstwa rolnego oraz określające jego wielkość w hektarach lub hektarach przeliczeniowych (*aktualne, tj. nie starsze niż 3 miesiące*) oraz dodatkowo w przypadku dzierżawców umowa dzierżawy gospodarstwa rolnego, dokumenty potwierdzające prowadzenie działu specjalnego produkcji rolnej,

- 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,

- w przypadku osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej dokumenty takie jak w przypadku *podmiotu* wymienione w pkt 2) lit. a).

1. **Oświadczenie** o uzyskaniu przez *wnioskodawcę* niezbędnych pozwoleń do prowadzenia działalności (np.: koncesja, zezwolenie, licencja, certyfikat) w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa lub **oświadczenie** o prowadzeniu działalności niewymagającej uzyskania pozwoleń.
2. **Tytuł prawny do lokalu** - potwierdzający formę i okres użytkowania lokalu, w którym zostaną utworzone refundowane stanowiska pracy (*kserokopia potwierdzona przez wnioskodawcę*
*za zgodność z oryginałem)*.
3. **Dokumenty finansowe** - oświadczenie o posiadaniu przez *wnioskodawcę* zdolności finansowej
i prawnej do zatrudniania skierowanego bezrobotnego na refundowanym stanowisku pracy przez okres wskazany w umowie, tj. co najmniej 24 miesiące.
4. **Oświadczenie wnioskodawcy o powiązaniach z innymi podmiotami gospodarczymi** (*na formularzu
wg wzoru Urzędu*)
5. **Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis** (*na formularzu
wg wzoru Urzędu*) **–** w przypadku otrzymania takiej pomocy należy załączyć do wniosku wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis uzyskane w bieżącym roku oraz w ciągu 2 poprzednich lat **–** *kopie* *potwierdzone przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem*. W przypadku wnioskodawców prowadzących działalność w formie spółek, spółdzielni lub przedsiębiorstw powiązanych, należy dodatkowo załączyć oświadczenie odpowiednio: wspólników lub udziałowców, członka lub komplementariusza albo innych powiązanych jednostek gospodarczych o uzyskanej pomocy
de minimis przeznaczonej na działalność wnioskodawcy.
6. **Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę** przy ubieganiu się o pomoc de minimis oraz dodatkowo w przypadku wnioskodawców prowadzących działalność w formie spółek, spółdzielni lub przedsiębiorstw powiązanych formularze odpowiednio: wspólników lub udziałowców, członka
lub komplementariusza albo innych powiązanych jednostek gospodarczych (*na obowiązującym wzorze formularza* ***-*** *do pobrania ze strony internetowej Urzędu*) **–**  *oryginał*.
7. **Formularz informacji przedstawianych przez producenta rolnego** przy ubieganiu się o pomoc
de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (*na obowiązującym wzorze formularza* ***-*** *do pobrania
ze strony internetowej Urzędu)* ***–*** *oryginał.*
8. **Załącznik „Oświadczenie na temat sytuacji majątkowej i zobowiązań Wnioskodawcy”** (*formularz
wg wzoru Urzędu)* – nie dotyczy osób prawnych.
9. **Dokumenty dotyczące zabezpieczenia** zwrotu wnioskowanej refundacji (*ich rodzaj jest określany
w zależności* *od rodzaju składanego zabezpieczenia* **–** *wykaz w przedstawiony w* *formularzu informacyjnym* *„Informacja – wymagane dokumenty dotyczące przedstawionych form zabezpieczenia”*).
10. **zaświadczenie o numerze rachunku bankowego** *wnioskodawcy* wskazanego we wniosku wydane przez bank lub umowa rachunku, na który mają być przekazane środki w przypadku przyznania *refundacji* – *kopia potwierdzona przez* *wnioskodawcę za zgodność z oryginałem*.
11. **Pełnomocnictwo notarialne osoby wskazanej we wniosku jako uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w stosunku do wnioskodawcy, zaciągania w jego imieniu zobowiązań
i podpisywania umów** – *w przypadku, gdy pełnomocnictwo nie wynika z dokumentów rejestrowych wnioskodawcy*.
12. **Inne dokumenty** **wskazane przez Urząd** **związane z wnioskiem o refundację** (np.: uchwała zarządu spółki, statut, umowy o współpracy z siecią franczyzową, licencje, dokument potwierdzający rozdzielność majątkową wnioskodawcy**/**poręczyciela, sentencja wyroku sądowego o rozwodzie wnioskodawcy**/**poręczyciela, akt zgonu współmałżonka wnioskodawcy**/**poręczyciela) **–** *kopie potwierdzone* *przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem*.
13. **Zgłoszenie krajowej oferty pracy** *(formularz wg wzoru Urzędu)*
14. **Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek**
15. **Faktura lub rachunki PRO FORMA, ewentualnie oferty cenowe lub zamówienia od klienta**
1. *Kwoty wydatków podaje się w zaokrągleniu do pełnych złotych.*  [↑](#footnote-ref-1)