|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo Publicznych Służb Zatrudnienia. Logo Publicznych Służb Zatrudnienia zbudowane jest z trzech czarnych przenikających się prostokątów pochylonych w prawą stronę zielonej strzałki skierowanej w prawą stronę oraz czarnego napisu Urząd Pracy umiejscowionego poniżej elementów graficznych. | **SĄDECKI URZĄD PRACY**  **33-300 Nowy Sącz, ul. Zielona 55**  **tel. sekretariat**: 18 44 89 282 **informacja**: 18 44 89 265, 44 89 312  **fax**: 18 44 89 313, **e-mail**: [sup@sup.nowysacz.pl](mailto:sup@sup.nowysacz.pl)  **e-Doręczenia**: AE:PL-65950-89978-VDRHB-25 | Herb Miasta Nowy Sącz. Herb przedstawia w niebieskim polu postać świętej Małgorzaty, stojącej na grzbiecie zielonego smoka. Święta Małgorzata ubrana jest w białą suknię ze złotym paskiem, a na ramiona ma zarzuconą czerwoną pelerynę, spiętą na piersiach złotą spinką. Jej głowę zdobi złota korona i nimb. |

Miejscowość, data

**Prezydent Miasta Nowego Sącza —**

**Sądecki Urząd Pracy**

**Wniosek o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia jednego stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej[[1]](#footnote-1)**

**Wniosek składa:[[2]](#footnote-2)**

* przedsiębiorca,
* niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego, niepubliczna szkoła /o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe/,
* producent rolny /o którym mowa w art. 154 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia/,
* żłobek lub klub dziecięcy/o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat/,
* przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społeczne prowadzący działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych

zwany w dalszej części wniosku Wnioskodawcą.

**Refundacja** kosztów wyposażenia lub doposażenia **dotyczy stanowiska pracy**:2

* dla skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej (art. 154 ust. 1 ustawy),
* związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć (art. 154 ust. 2 pkt 1 ustawy),
* związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych (art. 154 ust. 2 pkt 2 ustawy),
* dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym (art. 154 ust. 3 ustawy).

1. Wnioskowana liczba osób do zatrudnienia na tworzonym stanowisku pracy:

(dotyczy wykorzystania stanowiska w pracy zmianowej):

**UWAGA**

W przypadku wykorzystania stanowiska pracy w pracy zmianowej wysokość przyznanej refundacji określona w umowie stanowi kwotę nie wyższą niż iloczyn kwoty, o której mowa w art. 154 ust. 4 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, oraz liczby skierowanych bezrobotnych lub skierowanych poszukujących pracy, o których mowa w art. 147 ust. 1 pkt 3, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zatrudnionych na tym stanowisku pracy.

1. Wnioskowana kwota refundacji:

* nie więcej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku utrzymania stanowiska pracy przez okres co najmniej 12 m cy

**kwota netto** (dla Wnioskodawcy będącego podatnikiem podatku VAT): ………………..…………..……..zł

**kwota brutto** (dla Wnioskodawcy niebędącego podatnikiem podatku VAT): …………………….….……zł

Kwota złotych słownie: ……………………………..………………………………………………………………………………….

* więcej niż 4-krotność, jednak nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku utrzymania stanowiska pracy przez okres co najmniej 18 m cy

**kwota netto** (dla Wnioskodawcy będącego podatnikiem podatku VAT): ………………..……..…….……..zł

**kwota brutto** (dla Wnioskodawcy niebędącego podatnikiem podatku VAT): ……………….……….…….zł

Kwota złotych słownie: ……………………………..………………………………………………………………………………….

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy
2. Nazwa lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej: ...................

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania:

1. Numer PESEL w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany:
2. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON), jeżeli został nadany:
3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP):
4. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności
5. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności - zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności PKD (należy wpisać podklasę działalności w związku, z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis)
6. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:
7. Forma i stawka opodatkowania:
8. Preferowana forma kontaktu z SUP (należy wybrać 1 formę kontaktu):

* indywidualne konto w systemie teleinformatycznym udostępnianym przez ministra właściwego do spraw pracy, jeżeli Wnioskodawca posiada indywidualne konto[[3]](#footnote-3)
* adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, jeżeli Wnioskodawca posiada adres do doręczeń elektronicznych:
* adres do doręczeń:

1. Telefon kontaktowy:
2. E-mail:
3. Dane osoby uprawnionej do kontaktu (imię i nazwisko, stanowisko, telefon, e-mail):
4. Dane wszystkich osób reprezentujących Wnioskodawcę i osób nim zarządzających (imię i nazwisko, pełniona funkcja):

1. Dane dotyczące organizacji i finansowania wyposażanego lub doposażonego stanowiska pracy:
2. Miejsce wykonywania pracy (proszę podać dokładny adres)

1. Stosunek prawny do lokalu, w którym będzie utworzone stanowisko pracy (poniżej właściwe podkreślić):

* posiadam prawo własności/współwłasności do lokalu,
* wynajmuję lokal na podstawie umowy najmu/użyczenia na okres   
  od do

1. Informacja dotycząca czasu pracy oraz proponowane warunki pracy

| Wymiar czasu pracy: |  |
| --- | --- |
| Pełen etat | TAK/NIE **[[4]](#footnote-4)** |
| Pół etatu | TAK/NIE **4** |
| System i rozkład czasu pracy osoby zatrudnionej na utworzonym stanowisku pracy: |  |
| Na dobę | Liczba godzin (podać ile) |
| Tygodniowo | Liczba godzin (podać ile) |
| W niedzielę i święta | TAK/NIE **4** |
| W porze nocnej | TAK/NIE**4** |
| W systemie pracy zmianowej | TAK/NIE**4** |
| W godzinach nadliczbowych | TAK/NIE**4** |
| Godziny pracy |  |
| Rodzaj prac, które będą wykonywane przez skierowanych oraz ogólny zakres wykonywanych obowiązków |  |
| Proponowane wynagrodzenie miesięczne (brutto) |  |
| System wynagradzania /czasowy, akordowy, inny/ |  |

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

| **Wyszczególnienie wyposażenia lub doposażenia niezbędnego do utworzenia stanowiska pracy** | **Liczba sztuk** | **Cena jednostkowa**  **(netto)** | **Kwota VAT** | **Cena jednostkowa (brutto)** | **Kwota refundacji ze środków Funduszu Pracy [[5]](#footnote-5)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | **x** |  |  |  |  |

**Uwaga:**

* Wykazując planowane zakupy należy do wniosku dołączyć stosowne dowody, tj. cenniki, oferty, inne.
* Cena zakupów nie może odbiegać od cen rynkowych.

1. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy i źródła ich finansowania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kwota wydatków związanych z utworzeniem stanowiska pracy i źródła ich finansowania | | | |
| Fundusz Pracy **[[6]](#footnote-6)** | Środki własne | Inne źródła | Razem |
|  |  |  |  |

1. Uzasadnienie celowości wydatków wyszczególnionych w pkt II.4 niniejszego wniosku oraz opis sposobu wykorzystania zakupionego wyposażenia lub doposażenia przez osobę zatrudnioną na stanowisku pracy utworzonym ze środków Funduszu Pracy

1. Kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, dotyczące osoby kierowanej na tworzone stanowisko pracy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów dostępną w wyszukiwarce opisów zawodów **[[7]](#footnote-7)** |  |
| Nazwa stanowiska |  |
| Wymagany poziom wykształcenia  (kierunek, specjalizacja) |  |
| Uprawnienia, umiejętności, znajomość języków obcych (należy określić poziom ich znajomości) i inne wymagania |  |
| Wymagany staż pracy doświadczenie zawodowe |  |

1. Deklaruję zatrudnienie po zakończonym programie przez co najmniej 90 dni

| TAK/NIE |  |
| --- | --- |
| Rodzaj umowy |  |
| Wymiar czasu pracy |  |
| Przewidywany okres zatrudnienia |  |
| Proponowane miesięczne wynagrodzenie |  |

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji (poniżej właściwe podkreślić):

* weksel z poręczeniem wekslowym,
* blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym,
* inna ( ).

Oświadczam, że:

* **spełniam warunki do otrzymania pomocy de minimis,**
* **podane przeze mnie dane i oświadczenia w niniejszym wniosku i załącznikach są prawdziwe,**
* **jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń,**
* **zapoznałem/am się z „Klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych kontrahentów, pracodawców, przedsiębiorców, innych podmiotów korzystających z form pomocy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w obszarze aktywizacji wskazanych przez kontrahentów, pracodawców i inne podmioty” oraz poinformowałem/ poinformuję o jej treści osoby, których dane będą przetwarzane. [[8]](#footnote-8)**

Data

Podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

Załączniki:

1. Dokumenty poświadczające: formę prawną prowadzonej działalności, rodzaj, zakres działalności, organy lub osoby upoważnione do występowania w imieniu wnioskodawcy - w przypadku nieposiadania wpisu do CEIDG lub KRS.
2. Zgłoszenie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych prowadzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego w przypadku niepublicznych przedszkoli i niepublicznych szkół lub innych podmiotów prowadzących działalność oświatową.
3. Akt notarialny, wyciąg z ksiąg wieczystych, zaświadczenie wydane przez Urząd Gminy, decyzja podatkowa – nakaz podatkowy, itp. w przypadku producentów rolnych.
4. Umowa spółki w przypadku spółek cywilnych.
5. Umowa najmu/użyczenia lokalu, w którym będzie utworzone stanowisko pracy w przypadku braku jego wskazania w odpowiednim rejestrze.
6. Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy w przypadku, gdy osoba umocowana do działania w jego imieniu nie jest wskazana z imienia i nazwiska w dokumentach rejestrowych.
7. Oświadczenia wnioskodawcy (Załączniki 1 - 3):

* oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenie lub doposażenia stanowiska pracy (Załącznik nr 1),
* oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis albo o nieotrzymaniu takiej pomocy (Załącznik nr 2) lub wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie, jaką otrzymał w okresie pełnych 3 lat wstecz,
* oświadczenie wnioskodawcy, osób reprezentujących wnioskodawcę ubiegającego się   
  o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy i osób nim zarządzających – wypełnione odrębnie przez wnioskodawcę oraz każdą z osób wskazanych w pkt I ppkt 14 wniosku (Załacznik nr 3).

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, podpisany przez osobę uprawnioną, wskazaną w dokumentach wymienionych w pkt 1. (Załącznik nr 4).
2. Zasady refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Sądecki Urząd Pracy w 2025 roku.

**Uwaga:**

**Załączniki wymienione we wniosku są niezbędne do jego rozpatrzenia.**

**Rozpatrywane są tylko wnioski kompletne. W przypadku złożenia wniosku niekompletnego zostanie wyznaczony 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony w terminie pozostawia się bez rozpoznania.**

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

Szczegółowe informacje można uzyskać w SUP Nowy Sącz, ul. Zielona 55 pok. 103, (18) 44 89 252.

Kompletny wniosek należy złożyć w siedzibie Sądeckiego Urzędu Pracy na Dzienniku Podawczym, Nowy Sącz, ul. Zielona 55 lub za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu przepisów o prawie pocztowym lub w postaci dokumentów elektronicznych podpisanych podpisem kwalifikowanym lub profilem zaufanym na elektroniczną skrzynkę **e-Doręczenia: AE:PL-65950-89978-VDRHB-25** lub za pomocą platformy **ePUAP** na adres skrytki:**/68p48bqyyc/SkrytkaESP**.

Formularz wniosku jest dostępny na stronie internetowej – adres: [Sądecki Urząd Pracy](https://supnowysacz.praca.gov.pl/dokumenty-do-pobrania)

1. Załącznik nr 1

**Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy według stanu na dzień złożenia wniosku**

1. Jestem/nie jestem4 podmiotem ubiegającym się o pomoc de minimis w związku z prowadzoną działalnością w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
2. Spełniam jeden z poniższych warunków**[[9]](#footnote-9)**:

* Przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem(am) działalność gospodarczą, przy czym do okresu tego nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej (w przypadku przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne),
* Przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem(am) działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (w przypadku niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły),
* Przez ostatnie 6 miesięcy posiadałem(am) gospodarstwo rolne w rozumieniu ustawy o podatku rolnym lub prowadziłem(am) dział specjalny produkcji rolnej o którym mowa w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych lub w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych; w okresie ostatnich 6 miesięcy zatrudniałem w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy (w przypadku producenta rolnego).
* Wykonuję działalność gospodarczą dłużej/krócej9 niż 6 miesięcy lub posiadam status przedsiębiorstwa społecznego dłużej/krócej9 niż 6 miesięcy. (dotyczy wniosków o refundację z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanej osoby:
  + - 1. związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć,
      2. związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych,
      3. dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym).

1. Zmniejszyłem(am)/nie zmniejszyłem(am)4 wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy (w rozumieniu art. 2 pkt 38 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia) w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania, w przypadku gdy wykonywałem działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy.
2. W okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania w przypadku gdy wykonywałem działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy **zmniejszyłem(am)/nie zmniejszyłem(am)****4** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia pracowników z innych przyczyn niż wymienione w pkt 3, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn niż wymienione w pkt 3 na dzień złożenia wniosku **uzupełniłem(am)/nie uzupełniłem(am)****4** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia pracowników do najwyższego poziomu w tym okresie.

**UWAGA**

Wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy może zostać rozpatrzony pozytywnie tylko w przypadku, jeżeli na dzień złożenia wniosku w okresie ostatnich 6 miesięcy u wnioskodawcy nie nastąpiło zmniejszenie 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 – jeśli został uzupełniony odpowiednio wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia do stanu najwyższego z ww. okresu. Zgodnie z art. 155 ust. 5 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, warunek dotyczący niezmniejszenia 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 – uzupełnienia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia jest weryfikowany również na dzień podpisania umowy.

1. Stan zatrudnienia i wymiar czasu pracy osób zatrudnionych u wnioskodawcy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Stan zatrudnienia w dniu poprzedzającym ostatnie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku** | **Najwyższy stan zatrudnienia jaki występował w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku** | **Stan na dzień złożenia wniosku** |
| **Liczba pracowników** |  |  |  |
| **Łączny wymiar czasu pracy pracowników  (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)** |  |  |  |

**Do stanu zatrudnienia należy wliczyć wszystkich pracowników wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą** (zgodnie z art. 2 pkt 51 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia), t.j.:

1. pracowników wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy, w tym m.in.:

* pracowników młodocianych zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (art. 194 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy),
* pracowników przebywających na urlopach bezpłatnych,
* pracowników przebywających na urlopach wychowawczych,
* pracowników odbywających służbę wojskową,

1. pracowników wykonujących pracę na podstawie stosunku służbowego, tj. na podstawie:

* powołania (art. 68 ustawy dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy),
* wyboru (art. 73 ustawy dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy)
* mianowania (art. 76 ustawy dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy),

1. osoby wykonujące pracę nakładczą (art. 303 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób wykonujących pracę nakładczą).
2. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia dotyczącego wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy.
3. Zalegam/nie zalegam4 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.
4. Zalegam/nie zalegam4 z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
5. Zalegam/nie zalegam4 z opłacaniem innych danin publicznych.
6. Posiadam/nie posiadam4 nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
7. **Jestem/nie jestem4** podatnikiem podatku od towarów i usług, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.
8. **Przysługuje/nie przysługuje4** miprawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego.
9. W przypadku, gdy nabędę prawo do obniżenia kwoty podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego **zobowiązuje się do zwrotu równowartości podatku VAT od towarów zakupionych** w ramach umowy, w terminie nie dłuższym niż 90 dni od dnia złożenia pierwszej deklaracji podatkowej dotyczącej podatku od towarów i usług, w której kwota tego podatku mogła być wykazana do odliczenia. Zwrot równowartości podatku od towarów i usług po wymienionym terminie powoduje konieczność zapłaty odsetek ustawowych za opóźnienie (dotyczy wnioskodawców niebędących podatnikami podatku od towarów i usług VAT).
10. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem(am)/nie zostałem(am)4**

prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy.

1. **Jestem/nie jestem4** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
2. **Jestem/nie jestem4** zobowiązany do zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.
3. **Spełniam/nie spełniam4** warunki konieczne do otrzymania pomocy de minimis wynikające z przepisów regulujących zasady jej udzielania:

* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
* Rozporządzenie 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) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy d e minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013. str. 9 z późn. zm.).
* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17.06.2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1) ze szczególnym uwzględnieniem Załącznika nr 1.

1. **Nie podlegam4** wykluczeniu z możliwości korzystania z form pomocy na podstawie art. 116 ust. 6 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (dotyczy organizatorów stażu, z winy których nastąpiło przerwanie stażu w okresie ostatnich 12 miesięcy z powodu nierealizowania programu stażu lub niedotrzymywania warunków jego odbywania albo z powodu przerwania przez nich stażu bez uzasadnionej przyczyny).
2. **Nie złożyłem(am)/złożyłem(am)4** do innego starosty wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, które zostało wymienione we wniosku.
3. **Otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)4** pomocy z innych środków publicznych niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia na pokrycie tych samych kosztów, na które ma być przeznaczona wnioskowana pomoc.
4. Spełniam warunki określone w § 1 ust. 5 rozporządzenia 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, który stanowi, iż refundacji nie dokonuje się, jeżeli łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych, spowoduje **przekroczenie dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy**;
5. Dane zawarte w Krajowym Rejestrze Sądowym udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/nie dotyczy4**.
6. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione nastronie internetowej Ministerstwa Gospodarki na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/nie dotyczy4**.
7. **Zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o wielkości otrzymanej pomocy de minimis albo o nieotrzymaniu takiej pomocy w okresie trzech minionych lat (pełne 3 lata wstecz) od dnia podpisania umowy z tutejszym Urzędem.
8. **Zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia w przypadku, gdy, informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu oraz w złożonym wniosku ulegną zmianie w okresie od dnia jego złożenia do dnia podpisania umowy.
9. **Zapoznałem(am) się z treścią** Zasad refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Sądecki Urząd Pracy w 2025 roku

**Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

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

Data

Podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

1. Załącznik nr 2

Oświadczenie wnioskodawcy o wielkości otrzymanej pomocy de minimis albo   
o nieotrzymaniu takiej pomocy

**Oświadczam, że[[10]](#footnote-10)⊗:**

* **nie uzyskałem** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie trzech minionych lat
* **uzyskałem** pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie trzech minionych lat **[[11]](#footnote-11)⊗⊗**w wysokości brutto:

w PLN

w EUR

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data

podpis Wnioskodawcy lub osoby

uprawnionej do jego reprezentowania

1. Załącznik nr 3

Oświadczenie wnioskodawcy, osób reprezentujących wnioskodawcę ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy i osób nim zarządzających (wypełnione odrębnie przez wnioskodawcę oraz każdą z osób wskazanych w pkt I ppkt 14 wniosku)

Byłem/nie byłem[[12]](#footnote-12)⊗ w okresie ostatnich 2 lat 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.

**Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

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

Data

Podpis Wnioskodawcy, osoby reprezentującej   
 Wnioskodawcę i osoby Nim zarządzającej

1. Poszukujący pracy niezatrudniony i niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej (Art. 147 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia). [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)
3. Możliwość założenia indywidualnego konta w systemie teleinformatycznym na portalu praca.gov.pl (link do strony <https://www.praca.gov.pl/eurzad/strona-glowna>) [↑](#footnote-ref-3)
4. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. 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 (netto). [↑](#footnote-ref-5)
6. Kwota z pozycji *Razem* kolumny 6 w *Szczegółowej specyfikacji wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy* (pkt 4 wniosku). [↑](#footnote-ref-6)
7. [Wyszukiwarka opisów zawodów](https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow) [↑](#footnote-ref-7)
8. „Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych kontrahentów, pracodawców, przedsiębiorców, innych podmiotów korzystających z form pomocy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w obszarze aktywizacji wskazanych przez kontrahentów, pracodawców i inne podmioty” dostępna w BIP Sądeckiego Urzędu Pracy. [↑](#footnote-ref-8)
9. właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-9)
10. **⊗** niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-10)
11. **⊗⊗** zgodnie z art. 3 ust. 2 rozporządzenia 2023/2831, całkowita kwota pomocy de minimis przyznanej przez jedno państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu nie może przekroczyć 300 000 EUR w okresie 3 lat, przy czym, zgodnie z pkt 11 preambuły do ww. rozporządzenia, „dla każdego przypadku przyznania nowej pomocy de minimis należy uwzględnić całkowitą kwotę pomocy de minimis przyznaną w ciągu minionych trzech lat.” Oznacza to, że obecnie do ustalania dostępnego przedsiębiorstwu limitu pomocy de minimis bierze się pod uwagę 3 minione lata, a nie rok bieżący oraz 2 ostatnie lata podatkowe (3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli na przykład pomoc de minimis była udzielona 5 stycznia 2024 r., uwzględnieniu podlegała pomoc de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie [↑](#footnote-ref-11)
12. **⊗** niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-12)