CAZ.IRP.601. .2024

………………………………………..

(pieczątka Wnioskodawcy)



**Starosta Żniński za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy w Żninie**

**WN I O S E K**

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia** **stanowiska (-k) pracy**

**Podstawa prawna:**

* art. 46 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
* Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z  Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej.
* Rozporządzenie 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.
* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o  funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.

Wnioskowana kwota refundacji………………………………..zł

Wnioskuję o wyposażenie lub doposażenie stanowiska (-k) pracy dla ……………. osoby (-ób) ⬜ bezrobotnej (-ych)/ ⬜ poszukującej pracy \*

\* właściwe zaznaczyć „x”

………………………………………………………...

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

* + 1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Pełna nazwa lub – w przypadku osoby fizycznej - imię i nazwisko: podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą / niepublicznego przedszkola / niepublicznej szkoły / osoby fizycznej lub osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, będącej posiadaczem gospodarstwa rolnego lub prowadzącej dział specjalny produkcji rolnej (zwanej producentem rolnym), żłobka, klubu dziecięcego, podmiotu prowadzącego usługi rehabilitacyjne ………………………………………………………………………………………………………………………………….…

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

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

2. Siedziba i adres lub – w przypadku osoby fizycznej - miejsce zamieszkania i adres ………………………………………...

3. Telefon……………………………………………Adres skrzynki podawczej ePUAP………………………………………..

4. Adres e-mail …………………………………………………………………………………...………………………………

5. PESEL ( dot. osoby fizycznej)…………………………………..………NIP…………………………………………………

6. REGON (jeżeli został nadany)……………………………………………PKD………………………………………………

7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności…………………...……………………….………………….…………………...

8. Forma prawna prowadzonej działalności …………………………………...…………………..……………………………..

9. W przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę innych rodzajów działalności należy podać ich nazwę, rodzaj, nr REGON oraz formę prawną działalności…………………………………………………………….…………………….….……………

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

10. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym\*

⬜pełna księgowość ⬜księga przychodów i rozchodów

⬜karta podatkowa ⬜ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

11. Liczba pracowników w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy………..…………….………..

**Pracownik** – zgodnie z kodeksem pracy oznacza osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Ilość osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy i przy pracach sezonowych stanowi części ułamkowe. Do liczby zatrudnionych nie wlicza się osób na urlopach macierzyńskich, wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych, młodocianych, odbywających służbę wojskową, osób zatrudnionych na umowę o dzieło, umowę zlecenie.

12. Liczba pracowników, z którymi rozwiązano stosunek pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

* w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę …………………………………………………….………..
* na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika ……………………………..…..……………….
* inne przyczyny *(podać liczbę zwolnionych pracowników, przyczynę zwolnienia, nazwę stanowiska)*………………………………………………………………………………………………………………

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

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

13. Liczba pracowników, którym obniżono wymiar czasu pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku…………………………………………………………………………………….……………………............

14. Nazwa banku i numer rachunku bankowego………………………………………………………………………………….

…………………………………...………………………………, którego jestem ⬜ właścicielem**/** ⬜ współwłaścicielem\* (imię, nazwisko właściciela/współwłaściciela/podmiotu rachunku bankowego)

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

15. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisywania wniosku/umowy (upoważnienie musi wynikać z dokumentów rejestrowych podmiotu lub stosownych pełnomocnictw)

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

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

16. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe, nr telefonu/e-mail osoby upoważnionej do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Żninie ……………………………………………...………………………………………………………………….....

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

**(W przypadku wskazania innej osoby niż Wnioskodawca w poz. 14,15 i 16 wymagany jest podpis tej osoby na klauzuli informacyjnej (dotyczy osoby wskazanej do kontaktu/upoważnionej)-każda osoba oddzielnie.**

**II. CHARAKTERYSTYKA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

* 1. Opis przedmiotu działalności

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

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

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

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

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

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

* 1. Opis rynku, na jakim działa Wnioskodawca, główni dostawcy i odbiorcy, zawarte umowy itp.

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

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

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

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

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

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

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

* 1. Opis perspektyw rozwoju Wnioskodawcy, w tym w kontekście planowanych do utworzenia nowych miejsc pracy………....................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

**III. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIENI** ⬜ **SKIEROWANI BEZROBOTNI/** ⬜ **POSZUKUJĄCY PRACY\***

1. Miejsce wykonywania prac.........................................................................................................................................................

2. Proponowane warunki pracy (**zmianowość, godziny pracy, wysokość wynagrodzenia brutto**)

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kod zawodu i nazwa stanowiska****pracy** | **Liczba osób** | **Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy** | **Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien spełniać skierowany bezrobotny/poszukującego pracy** |
|  |  |  |  |

nazwa stanowiska/zawodu/specjalności powinna być zgodna Klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy dostępną na  stronie internetowej Urzędu [www.znin.praca.gov.pl](http://www.znin.praca.gov.pl) lub na stronie [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl)

3. Krótkie uzasadnienie potrzeby utworzenia nowego miejsca pracy

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Działania podjęte na rzecz przygotowania nowego miejsca pracy

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

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

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

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

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

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

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

\* właściwe zaznaczyć „x”

**(oddzielnie dla każdego stanowiska)**

**IV. KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE DLA POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA**

**Nazwa stanowiska: ........................................................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **WYSZCZEGÓLNIENIE****RODZAJU WYDATKÓW** | **ŹRÓDŁA FINANSOWANIA** | **RAZEM KOSZTY****w zł (brutto)****(brutto)** |
| **ŚRODKI WŁASNE****w zł** | **ŚRODKI****FUNDUSZU PRACY****/EFS****w zł** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Uwaga! Wnioskodawca zobowiązany będzie do zwrotu równowartości odzyskanego, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o  podatku od towarów i usług, podatku od zakupionych towarów i usług w ramach przyznanej refundacji.**

…………………………………………………...

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**(oddzielnie dla każdego stanowiska)**

**V. 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**

**Nazwa stanowiska: ...........................................................................................................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYSZCZEGÓLNIENIE ZAKUPÓW** | **KWOTA** **w zł /brutto/** | **PLANOWANY ZAKUP STANOWI RZECZ****nową/używaną\*\*** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

**Oświadczam, że planowane powyżej zakupy dotyczą wyposażenia lub doposażenia nowego stanowiska pracy (zakupy ujęte tylko ze środków Funduszu Pracy).**

…………………………………………………...

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

\*\* wpisać właściwe

**(oddzielnie dla każdego stanowiska)**

**VI. UZASADNIENIE CELOWOŚCI ZAKUPÓW W RAMACH REFUNDACJI (oddzielnie dla każdego stanowiska)**

 **(Należy wpisać nr pozycji z tabeli na str. 5, opisać sposób wykorzystania zakupionego środka na tworzonym stanowisku pracy oraz podać źródło informacji, na podstawie której została oszacowana wartość zakupu).**

Poz. 1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

…………………………………………………...

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**VII. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI\***

⬜ poręczenie (należy wypełnić załącznik nr 4 i 5);

⬜ blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym ;

⬜ akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika (należy pobrać i wypełnić dodatkowo oświadczenie o sytuacji majątkowej);

⬜ inna (wskazać jaka…………………………………………………………………………………………………………..).

**VIII. DEKLARACJA ZATRUDNIENIA**

Po okresie obowiązkowego zatrudnienia ⬜skierowanego(-ych) bezrobotnego (-ych) ⬜ poszukującego(-ych) pracy\* tj. po 24 miesiącach deklaruję dalsze jego/ich zatrudnienie na podstawie umowy o pracę na okres:

⬜ 30 dni\* ⬜ 60 dni\* ⬜ 90 dni i więcej\*

**Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w niniejszym wniosku oraz ich zgodność ze stanem faktycznym.**

**Przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostaną uwzględnione w umowie z PUP w Żninie w przypadku jej podpisania.**

**Zobowiązuję się do powiadomienia PUP w Żninie o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych we  wniosku.**

**Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

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

(pieczątka i podpis Głównego księgowego lub innej osoby ( pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej prowadzącej dokumentacją finansową. upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Proszę również o podpisanie klauzuli informacyjnej**

**(RODO) dot. osoby wskazanej do kontaktu)**

*\* właściwe zaznaczyć „x”*

**Wykaz załączników niezbędnych do rozpatrzenia wniosku:**

1. oświadczenie Wnioskodawcy o spełnieniu warunków niezbędnych do otrzymania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (druk w załączeniu nr 1);
2. oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis (druk w załączeniu nr 2);
3. oświadczenie Wnioskodawcy (druk w załączeniu nr 3);
4. oświadczenie Wnioskodawcy (druk w załączeniu nr 4);
5. oświadczenie poręczyciela i jego współmałżonka (druk w załączeniu nr 5);
6. oświadczenie poręczyciela i jego współmałżonka (druk w załączeniu nr 6);
7. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (druk do pobrania);
8. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub  rybołówstwie -**wypełnia tylko posiadacz gospodarstwa rolnego lub podmiot prowadzący dział specjalny produkcji rolnej)** – druk do pobrania -załącznik nr 7;
9. oświadczenie o sytuacji majątkowej w przypadku wyboru formy zabezpieczenia zwrotu refundacji- akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika ( druk do pobrania);
10. dokument potwierdzający uprawnienia do występowania w obrocie prawnym: np. umowa spółki, akt notarialny.
11. pełnomocnictwo do podejmowania zobowiązań w imieniu Wnioskodawcy, jeżeli zostało udzielone, a nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Wnioskodawcę;
12. w przypadku rolnika/producenta rolnego – dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6  miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na  podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie np. umowa o pracę, raporty ZUS P RCA, zaświadczenie z ZUS.

………………………………………………….

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam, że:**

1. **Część dotycząca wszystkich wnioskodawców**
2. zapoznałem (-am) się z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14  lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub  doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania bezrobotnemu środków na podjęcie działalności gospodarczej oraz
3. ⬜ **spełniam /** ⬜  **nie spełniam \*** warunki(ów) do ubiegania się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w myśl ww. rozporządzenia;
4. **w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:**
* ⬜  **obniżyłem (-am) /** ⬜  **nie obniżyłem (-am)\*** wymiar (-u) czasu pracy pracownika;
* ⬜  **rozwiązałem (-am) /** ⬜ **nie rozwiązałem (-am)\*** stosunek(-ku) pracy z  pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;
1. **w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania (wypłaty) refundacji:**
* ⬜  **zamierzam** / ⬜  **nie zamierzam** **obniżyć\*** wymiar (-u) czasu pracy pracownika;
* ⬜  **rozwiążę(-am) /** ⬜  **nie rozwiążę (-am)\*** stosunek(-nku) pracy z  pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników;
1. ⬜  **zalegam /** ⬜  **nie zalegam\***w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. ⬜  **zalegam /** ⬜  **nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem składek do ZUS/KRUS oraz podatku do US;
3. ⬜  **zalegam /** ⬜  **nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
4. ⬜  **posiadam /** ⬜  **nie posiadam**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. ⬜  **byłem (-am) /** ⬜  **nie byłem (-am)\*** karany (-a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za  przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czynyzabronione pod groźbą kary;
6. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty (-a) postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
7. ⬜  **podlegam /** ⬜  **nie podlegam\*** obowiązkowi zwrotu pomocy publicznej wynikającemu z  wcześniejszej decyzji Komisji (UE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem;
8. ⬜  **zatrudnię**/ ⬜  **nie zatrudnię\*** na wyposażonym (-ych) lub doposażonym (-ych) stanowisku (-ach) pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego (-ych) bezrobotnego (-ych) przez okres co najmniej 24  miesięcy;
9. ⬜  **utrzymam**/ ⬜  **nie utrzymam**\* utworzone (-go), w związku z przyznaną refundacją, stanowisko (-a) pracy przez okres co  najmniej 24 miesięcy;
10. ⬜ **jestem /** ⬜  **nie jestem\*** płatnikiem podatku **VAT**;

*\* właściwe zaznaczyć „x”*

1. **Część dodatkowa dotycząca podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą \***

⬜ dotyczy Wnioskodawcy ⬜ nie dotyczy Wnioskodawcy

1. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 06.03.2018r. - Prawo przedsiębiorców przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej);
2. ⬜  **spełniam / □ nie spełniam /** ⬜  **nie dotyczy\*\*** warunki(-ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr  1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o  funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis/
3. **Część dodatkowa dotycząca niepublicznego przedszkola / niepublicznej szkoły \***

⬜ dotyczy Wnioskodawcy ⬜ nie dotyczy Wnioskodawcy

1. prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
2. ⬜  **spełniam / □ nie spełniam /** ⬜  **nie dotyczy\*\*** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr  1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
3. refundacja ⬜  **jest** / ⬜  **nie jest\*\*** przyznawana jako wsparcie finansowe z Funduszu Pracy w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.
4. **Część dodatkowa dotycząca osoby fizycznej lub osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, będącej posiadaczem gospodarstwa rolnego lub prowadzącej dział specjalny produkcji rolnej (zwanej producentem rolnym) \***

⬜ dotyczy Wnioskodawcy ⬜ nie dotyczy Wnioskodawcy

1. ⬜  **posiadam gospodarstwo rolne\*** w rozumieniu przepisów o podatku rolnym przez okres co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku / ⬜  **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;
2. w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku ⬜  **zatrudniałem (-am)/** ⬜  **nie zatrudniałem (-am)\***, w każdym miesiącu , co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy;
3. ⬜  **spełniam /** ⬜  **nie spełniam\*** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z  dnia18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
4. **Część dodatkowa dotycząca osoby fizycznej lub osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (ustawa z dnia 4 lutego 2011r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3)\***

⬜ dotyczy Wnioskodawcy ⬜ nie dotyczy Wnioskodawcy

1. **prowadzę** ⬜ **żłobek** / ⬜ **klub dziecięcy\***, działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 06.03.2018r. - Prawo przedsiębiorców przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej),
2. ⬜  **spełniam /** ⬜  **nie spełniam /** ⬜  **nie dotyczy\*** warunki(-ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o  funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

Zapoznałem (-am) się i w pełni akceptuję Regulamin przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy ze środków Funduszu Pracy/Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

**Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…………………………………………………

(data , pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

*\*właściwe zaznaczyć „ x”*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**1.** Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat ⬜ **otrzymałem (-am) /** ⬜ **nie otrzymałem (-am) \*** pomoc(-y) *de minimis,* w tym pomoc(-y) *de minimis* w rolnictwie i  rybołówstwie.

**W przypadku otrzymania ww. pomocy należy uzupełnić poniższą tabelę.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Razem:……………………**  |  |  |

**2.** Oświadczam, że ⬜ **otrzymałem (-am) /** ⬜ **nie otrzymałem (-am) \*** pomoc (-y) publiczną (-ej) w  odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis.*

**Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 ………………………………………………

( data, pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

*\* właściwe zaznaczyć „ x”*

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY \***

**Oświadczam, że:**

⬜ pozostaję w związku małżeńskim będąc jednocześnie we wspólności majątkowej,

⬜ pozostaję w związku małżeńskim mając rozdzielność majątkową z małżonkiem (dokument o rozdzielności majątkowej-

do wglądu)

⬜ nie pozostaję w związku małżeńskim.

*(właściwe zaznaczyć „x”)*

**Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…………………………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy)

*\* właściwe zaznaczyć „ x”*

**Uwaga!** W przypadku przyznania Wnioskodawcy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego konieczne jest podpisanie umowy przez jego współmałżonka w siedzibie PUP w Żninie w obecności upoważnionego pracownika. Podpis współmałżonka Wnioskodawcy nie  jest  wymagany w przypadku rozdzielności majątkowej.

**Załącznik nr 4**

**Przedsiębiorca/Pracodawca**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/REGON)*

reprezentowany przez:

………………………………...

…..…………………………….

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

**OŚWIADCZENIE**

dotyczące

**PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ZAWRCIA UMOWY**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

Oświadczam, że na dzień zawarcia umowy nie podlegam wykluczeniu na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….………. (miejscowość)*,* dnia ………….…………. r.

 ……………………………………….

*Podpis(-y) osoby(-ób/ upoważnionej(-ych)*

**Załącznik nr 5**

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA I JEGO WSPÓŁMAŁŻONKA**

**I. PORĘCZYCIEL**

Ja, niżej podpisany (-a)…………………………………………………………………………...…………………………….....

zam…………………………………………………………………………...................................................................................

(adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres zamieszkania).………………………………………………………………..

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

legitymujący (-a) się dowodem osobistym seria ……………..…… numer……………………………………………..……….

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………….…

oświadczam, że moje **średnie miesięczne dochody netto** (liczone z ostatnich 3 miesięcy) wynoszą:

1. z tytułu zatrudnienia …………………………………………. zł; umowa o pracę zawarta jest na czas określony – ⬜ czas nieokreślony/ ⬜ czas wykonania określonej pracy \* do dnia……………………………………………………...……...

2. inne źródło dochodu (podać jakie)……………………………………………………………………………….…….............

kwota…………………………. zł.

⬜ pozostaję w związku małżeńskim będąc jednocześnie we wspólności majątkowej\*;

⬜ pozostaję w związku małżeńskim mając rozdzielność majątkową z małżonkiem (dokument o rozdzielności majątkowej-

do wglądu)\*;

⬜ nie pozostaję w związku małżeńskim\*.

Ponadto oświadczam, że ⬜ **poręczałem (-am)** / ⬜ **nie poręczałem (-am)\*** w tutejszym Urzędzie umowy (-ów) cywilnoprawne (-ych), które jeszcze nie wygasły.

**II. WSPÓŁMAŁŻONEK PORĘCZYCIELA**

Ja, niżej podpisany (-a)…………………………………………………..……………………………………………………......

zam……………………………………………………………………………………………..….................................................

legitymujący (-a) się dowodem osobistym seria………………………numer……………………..……….……………………

PESEL…………………………………….……………………………………………….……………………………….……..

oświadczam, że moje **średnie miesięczne dochody netto** (liczone z ostatnich 3 miesięcy) wynoszą:

1. z tytułu zatrudnienia …………………………………………. zł; umowa o pracę zawarta jest na czas określony – ⬜ czas nieokreślony/ ⬜ czas wykonania określonej pracy \* do dnia……………………………………………………………

2. inne źródło dochodu (podać jakie)………….……………………………………………………………….………………….

kwota…………………………. zł.

Ponadto oświadczam, że ⬜ **poręczałem (-am)** / ⬜ **nie poręczałem (-am)\*** w tutejszym Urzędzie umowy(-ów) cywilnoprawne

(-ych), które jeszcze nie wygasły.

*\* właściwe zaznaczyć „ x”*

**III. Oświadczam (-y), że**

* + - 1. Aktualne zobowiązania finansowe (z tytułu zaciągniętych kredytów, pożyczek, z tytułu przyznanych limitów kredytowych, inne zobowiązania) wynoszą ogółem ……………………zł.

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

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

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

* + - 1. Miesięczna spłata powyższego zadłużenia wynosi ……………………zł.
			2. **Miesięczny dochód netto po odliczeniu miesięcznej spłaty zadłużenia…………………….……zł**

**Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

………………………………………………

(miejscowość i data)

….……………………………………………………..

(podpis poręczyciela)

……………………………………………………

(podpis współmałżonka poręczyciela)

**Uwaga!** Zaświadczenie o dochodach poręczyciela należy dostarczyć do PUP w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (przed podpisaniem umowy). Przedmiotowe zaświadczenie winno być wystawione w  terminie do 30 dni przed  dniem podpisania umowy.

W przypadku przyznania Wnioskodawcy refundacji konieczne jest podpisanie umowy przez poręczyciela i  jego  współmałżonka w siedzibie tutejszego Urzędu w obecności upoważnionego pracownika. Podpis współmałżonka poręczyciela nie jest wymagany w przypadku rozdzielności majątkowej.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie( adres ul. Składowa

 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 12).

1. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych(art. 6 ust. 1 lit. a RODO).Udostępnione dobrowolne dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań.

1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. max. 10 lat.
2. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
3. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
 (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych
 osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
 (RODO);
5. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze
 obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem
 realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych
 dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
6. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy
 powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym
 na podstawie przepisów prawa.

………………………………..

 (data, podpis Poręczyciela)

………………………………..

 (data, podpis Współmałżonka Poręczyciela)

**Załącznik nr 6**

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA I JEGO WSPÓŁMAŁŻONKA**

**I. PORĘCZYCIEL**

Ja, niżej podpisany (-a)……………………………………………………..…………………………………………...………...

zam…………………………………………………………………………...................................................................................

(adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres zamieszkania).………………………………………………………………..

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

legitymujący (-a) się dowodem osobistym seria.……………………..numer……………………….…………………..……….

PESEL……………………………………………………………………………………………………….……………………

oświadczam, że moje **średnie miesięczne dochody netto** (liczone z ostatnich 3 miesięcy) wynoszą:

1. z tytułu zatrudnienia …………………………………………. zł; umowa o pracę zawarta jest na czas określony – ⬜ czas nieokreślony / ⬜ czas wykonania określonej pracy \* do dnia…………………………………………………………..

2. inne źródło dochodu (podać jakie)……………………………………………………………….............................................

kwota…………………………. zł.

⬜ pozostaję w związku małżeńskim będąc jednocześnie we wspólności majątkowej\*;

⬜ pozostaję w związku małżeńskim mając rozdzielność majątkową z małżonkiem (dokument o rozdzielności majątkowej-

do wglądu)\*;

⬜ nie pozostaję w związku małżeńskim\*.

Ponadto oświadczam, że ⬜ **poręczałem (-am)** / ⬜ **nie poręczałem (-am)\*** w tutejszym Urzędzie umowy (-ów) cywilnoprawne (-ych), które jeszcze nie wygasły.

**II. WSPÓŁMAŁŻONEK PORĘCZYCIELA**

Ja, niżej podpisany (-a)…………………………………………………..……………………………………………………......

zam……………………………………………………………………………………………..….................................................

legitymujący (-a) się dowodem osobistym seria……………………numer…………………..…….……………………………

PESEL…………………………………….……………………………………………….………………………….…………..

oświadczam, że moje **średnie miesięczne dochody netto** (liczone z ostatnich 3 miesięcy) wynoszą:

1. z tytułu zatrudnienia …………………………………………. zł; umowa o pracę zawarta jest na czas określony – ⬜ czas nieokreślony/ ⬜ czas wykonania określonej pracy \* do dnia………………….…………………………………………..

2. inne źródło dochodu (podać jakie)………….……………………………………………………………….…………............

kwota…………………………. zł.

Powyższe dochody nie są obciążone z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów/są obciążone z  tytułu\* ………………………………..………………………………………………………………………………...............................

w wysokości ……………………………. zł miesięcznie.

Ponadto oświadczam, że ⬜ **poręczałem (-am)** / ⬜ **nie poręczałem (-am)\*** w tutejszym Urzędzie umowy(-ów) cywilnoprawne

(-ych), które jeszcze nie wygasły.

**III. Oświadczam (-y), że**

3. Aktualne zobowiązania finansowe (z tytułu zaciągniętych kredytów, pożyczek, z tytułu przyznanych limitów kredytowych, inne zobowiązania) wynoszą ogółem ……………………zł.

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

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

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

* + - 1. Miesięczna spłata powyższego zadłużenia wynosi ……………………zł.
			2. **Miesięczny dochód netto po odliczeniu miesięcznej spłaty zadłużenia…………………….……zł**

**Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

………………………………………………

(miejscowość i data)

.………………………………………………………..

(podpis poręczyciela)

……………………………………………………

(podpis współmałżonka poręczyciela)

**Uwaga!** Zaświadczenie o dochodach poręczyciela należy dostarczyć do PUP w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (przed podpisaniem umowy). Przedmiotowe zaświadczenie winno być wystawione w  terminie do 30 dni przed  dniem podpisania umowy.

W przypadku przyznania Wnioskodawcy refundacji konieczne jest podpisanie umowy przez poręczyciela i  jego  współmałżonka w siedzibie tutejszego Urzędu w obecności upoważnionego pracownika. Podpis współmałżonka poręczyciela nie jest wymagany w przypadku rozdzielności majątkowej.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie( adres ul. Składowa 4,
88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 12).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych(art. 6 ust. 1 lit. a RODO).Udostępnione dobrowolne dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań.

1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. max. 10 lat.
2. Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
3. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
 (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych
 osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
 (RODO);
5. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze
 obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem
 realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych
 dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
6. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy
 powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym
 na podstawie przepisów prawa.

………………………………..

 (data, podpis Poręczyciela)

………………………………..

 (data, podpis Współmałżonka Poręczyciela)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie( adres ul. Składowa

 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 12).

* 1. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
	2. Państwa dane przetwarzane będą w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolne dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. max. 10 lat.
	2. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
	3. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
	4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
	1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
	2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

………………………………..

 (data, pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

…….……………………………

(data i podpis współmałżonka Wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**(dotyczy osoby wskazanej do kontaktu/upoważnionej)**

Na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie (adres ul. Składowa 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 12).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.
4. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe t.j.: imię, nazwisko, telefon, mail i stanowisko służbowe.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. max. 10 lat.
6. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
9. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
10. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
11. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
12. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
13. Państwa dane osobowe zostały pozyskane od: Pracodawcy/Wnioskodawcy.
14. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

………………………………………………….

(data, podpis osoby wskazanej/upoważnionej)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**(dotyczy Pracodawców/Wnioskodawców posiadających wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej)**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie( adres ul. Składowa 4,
88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 12).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane przetwarzane będą w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolne dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań.

1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. max. 10 lat.
2. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
3. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
5. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
6. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
7. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
8. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
9. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

………………………………..

 (data, pieczątka i podpis Wnioskodawcy)