data, ………………………………………

…………………………………………………………………
 (pieczątka wnioskodawcy)

 Powiatowy Urząd Pracy
 w Grójcu

**Wniosek
o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia**

 **stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego**

 **lub skierowanego opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Podstawy prawne:

* Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznania środków na podjęcie działalności gospodarczej
* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)
* 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 *de minimis w sektorze rolnym.*
1. **Dane dotyczące podmiotu, niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły lub producenta rolnego**, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016r. – prawo oświatowe.
2. Nazwa podmiotu lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej

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

1. Adres siedziby (lub adres miejsca zamieszkania) ………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby) ………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Nr telefonu……………………………………..
4. PESEL (w przypadku osób fizycznych)………………………………………………….
5. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej…………………………………………………………..
6. REGON……………………………………………
7. NIP………………………………………………….
8. PKD…………………………………………..
9. Forma prawna prowadzonej działalności ………………………………………………………………
10. Nr rachunku bankowego ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa banku i numer rachunku bankowego)

1. Stan zatrudnienia **w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** w okresie 6 m-cy przed złożeniem wniosku (na ostatni dzień m-ca):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc/rok |  |  |  |  |  |  |
| Stan zatrudnienia |  |  |  |  |  |  |

1. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku ………………
2. Przyczyny zwolnienia pracowników w ostatnich 6 m-cach poprzedzających datę złożenia wniosku (jeżeli dotyczyły):

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

 data ilość osób przyczyna zwolnienia

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

 data ilość osób przyczyna zwolnienia ………………………………………………………………………………………………………………………………

 data ilość osób przyczyna zwolnienia

1. **CHARAKTERYSTYKA PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**
2. Przedmiot działalności – branża, główne produkty lub usługi itp.

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

1. Opis rynku, na jakim działa podmiot, przedszkole, szkoła lub producent rolny, główni dostawcy i odbiorcy, zawarte umowy itp.

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

1. Plany rozwoju w związku z nowotworzonym/ymi miejscem/ami pracy.

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

1. **DANE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA TWORZONEGO STANOWISKA PRACY**
2. Wnioskuję o refundację w kwocie (brutto[[1]](#footnote-1)) …………………………… (słownie:………………………………………………………………………………………………………)
3. Miejsce/adres tworzonego nowego miejsca pracy ……………………………………………………………………………………………………………………..
4. Rodzaj działalności, na którą ubiegam się o pomoc ……………………………………………….........................................................................................................................................................................................................

(podać rodzaj oraz symbol podklasy zgodny z PKD)

1. **KALKULACJA WYDATKÓW OGÓŁEM DLA TWORZONYCH POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie nazwy i poszczególnych kosztów stanowiska | Środki własne – kwota brutto [zł] | **Środki Funduszu Pracy – kwota brutto [zł]** | Inne\* - kwota brutto [zł] | Razem kwota brutto [zł] |
| 1. | a.) nazwa stanowiska: ………………………………….b.) wyposażenie (kwota): maszyny, urządzenia, narzędziac.) szacunkowe koszty zatrudnienia – okres 2 lat (wynagrodzenie, składki ZUS)d.) inne (jakie):…………………………………………. | X…………………………….…………….. | X………………XX | X…………………………….…………….. | X…………….…………………………….. |
| 2. | a.) nazwa stanowiska: ………………………………….b.) wyposażenie (kwota): maszyny, urządzenia, narzędziac.) szacunkowe koszty zatrudnienia – okres 2 lat (wynagrodzenie, składki ZUS)d.) inne (jakie):…………………………………………. | X…………………………….…………….. | X………………XX | X…………………………….…………….. | X…………….…………………………….. |
|  | RAZEM |  |  |  |  |

1. **CHARAKTERYSTYKA TWORZONEGO STANOWISKA PRACY:**

UWAGA: w przypadku wnioskowania o więcej niż jedno stanowisko proszę wypełnić kolejną tabelę według poniższego wzoru.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Liczba wyposażonych/doposażonych stanowisk pracy | Wymiar czasu pracy -------------- | Nazwa tworzonego stanowiska zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (nr)[[2]](#footnote-2)\*(Ro) | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego */skrócony zakres czynności/* | Kwalifikacje, umiejętności i doświadczenia zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełnić skierowani bezrobotni  | Proponowane wynagrodzenie brutto (zł)Zmianowość i godz. pracy |
|  |  |  |  |  |  | ZłI zm. w godz. od doII zm. w godz. od doIII zm. w godz. od doInne:  |

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

**Tworzone stanowisko: …………………………………………………………..**

UWAGA: w przypadku wnioskowania o więcej niż jedno stanowisko proszę wypełnić kolejną tabele według poniższego wzoru.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie zakupu sprzętu (maszyn, urządzeń, narzędzi) | Sprzęt nowy/używany[[3]](#footnote-3)\* | Środki własne(kwota brutto) | Środki refundacji (kwota brutto) | Kwota ogółem |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Wyszczególnione zakupy nie mogą zawierać wydatków, na których finansowanie podmiot otrzymał wcześniej środki publiczne.

1. **Uzasadnienie celowości zakupów związanych z wyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, finansowanych ze środków Funduszu Pracy:**

Tworzone stanowisko: …………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Uzasadnienie zakupu (do czego będzie służył dany sprzęt osobie zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**UWAGA: w/w tabelę należy wypełnić do każdego stanowiska osobno w przypadku wnioskowania o dofinansowanie więcej niż jednego miejsca pracy.**

1. **OSOBA REPREZENTUJĄCA WNIOSKODAWCĘ** (do kontaktu PUP)

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………………………..

Stanowisko …………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu…………………………………………….e-mail…………………………………………………

1. **PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI.**
2. Poręczenie \*
3. Weksel z poręczeniem wekslowym (aval) \*
4. Gwarancja bankowa \*
5. Zastaw na prawach lub rzeczach \*
6. Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym \*
7. Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika \*

\*Niewłaściwe skreślić

…………………………………. ………………………………………………………

Data podpis i pieczątka wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Oświadczenie podmiotu/niepublicznego przedszkola/niepublicznej szkoły (zał. Nr 1);
2. Oświadczenie producenta rolnego (zał. Nr 2)
3. Oświadczenie podmiotu/niepublicznego przedszkola/niepublicznej szkoły, producenta rolnego (zał. Nr 3)
4. Zaświadczenie lub oświadczenie o korzystaniu lub niekorzystaniu z pomocy de minimis (zał. Nr 4);
5. Zgłoszenie oferty pracy;
6. Kserokopia\* umowy spółki (jeżeli dotyczy);
7. Kserokopia\* koncesji, licencji lub zezwolenia, jeżeli profil prowadzonej działalności tego wymaga;
8. Formularz informacji przedstawiany przy ubieganiu się o pomoc de minimis;
9. Inne dokumenty (np. dokument potwierdzający prawo do lokalu):

**UWAGA!**

**Wnioski niekompletne i nieprawidłowo sporządzone nie będą rozpatrywane.**

\*kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym.

Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU
/NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA/ NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY/**(właściwe podkreślić)

**OŚWIADCZAM, że:**

***\*niepotrzebne skreślić***

1. W dniu złożenia wniosku:
2. **Zalegam/nie zalegam\*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych: PFRON, Fundusz Emerytur Pomostowych
3. **Zalegam/ nie zalegam\*** z opłacaniem innych danin publicznych;
4. **Posiadam/nie posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. Przed dniem złożenia wniosku:
6. Przez okres co najmniej 6 miesięcy **prowadzę działalność gospodarczą**, w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku niepublicznego przedszkola i szkoły – prowadzę działalności na podstawie Ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
7. W okresie ostatnich 2 lat **byłem/nie byłem karany\*** za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1977r. – Kodeks karny lub Ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
8. **Obniżyłem/nie obniżyłem\*** wymiar czasu pracy zatrudnionych pracowników w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji – **wyjątek załącznik nr 2 do wniosku.**
9. **Rozwiązałem/nie rozwiązałem\*** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanym przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
10. Wnioskowana kwota refundacji, łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, **nie spowoduje** przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy.
11. **Prowadzę/nie prowadzę\* działalności gospodarczej:**
12. W sektorach rybołówstwa i akwakultury, objętych Rozporządzeniem Rady (WE) nr 104/2000;
13. W dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu;
14. W dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu w następujących przypadkach:
15. Kiedy wysokość pomocy ustalana jest na podstawie ceny lub ilości takich produktów zakupionych od producentów surowców lub wprowadzanych na rynek przedmioty objęte pomocą;
16. Kiedy przyznanie pomocy zależy od faktu jej przekazania w części lub całości producentom surowców;
17. Związanej z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich, tzn. bezpośrednio związanej z ilością wywożonych produktów, tworzeniem
i prowadzeniem sieci dystrybucji lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem działalności wywozowej;
18. **Otrzymałem/Nie otrzymałem\*** pomocy uwarunkowaniem pierwszeństwem korzystania z towarów krajowych w stosunku do towarów sprowadzonych z zagranicy;
19. Zapoznałem się z definicją **„jednego przedsiębiorstwa”\*\*** zawartego w art. 2 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minima (D. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)
20. **Znana jest mi treść i spełniam warunki określone** w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minima (D. Urz. UE L 352
z 24.12.2013r.)
21. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Grójcu otrzymam inną pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
22. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Grójcu zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest udzielana zgodnie z warunkami **pomocy de minimis.**

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

Data……………………………………………. ……………………………………………………..
 (podpis wnioskodawcy)

\*\*Definicja jednego przedsiębiorstwa:

Do celów Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013) i Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013) „jedno przedsiębiorstwo” obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze , które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:
a.) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
b.) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
c.) jedna jednostka gospodarcza ma wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
d.) jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.
Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w akapicie pierwszym lit. a-d, za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE PRODUCENTA ROLNEGO

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że:

1. W dniu złożenia wniosku:
2. **Zalegam/nie zalegam\*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych: PFRON, Fundusz Emerytur Pomostowych
3. **Zalegam/ nie zalegam\*** z opłacaniem innych danin publicznych;
4. **Posiadam/nie posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. Przed dniem złożenia wniosku w okresie ostatnich 2 lat **byłem/nie byłem karany\*** za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1977r. – Kodeks karny lub Ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
6. **Rozwiązałem/Nie rozwiązałem**\* stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
7. **Obniżyłem/ nie obniżyłem\*** wymiaru czasu pracy pracownika w okresie od 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
8. **Posiadam** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego 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 bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
9. **Zatrudniałem** 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 posiadam dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

………………………… …………………………………..……..

 Data podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE
PODMIOTU/NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA/
NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY/PRODUCENTA ROLNEGO**(właściwe podkreślić)

Oświadczam, że:

* W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, **obniżyłem/nie obniżyłem\*** wymiar czasu pracy pracowników na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 Ustawy z dnia 2 marca 2020r. 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.), zwaną dalej „ustawą COVID-19”;
* **Zamierzam/nie zamierzam\*** obniżyć wymiar czasu pracy pracowników 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 2020r. 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.), zwaną dalej „ustawą COVID-19”.

…………………………………………………..

(podpis wnioskodawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 4

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
DOTYCZĄCE POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ W ROKU,
W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CELU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT BUDŻETOWYCH**

**Oświadczam, że do dnia ……………………………..\* otrzymałem/nie otrzymałem\*\* następującą pomoc de minimis:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna  | Dzień udzielania pomocy | Wartość pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| nominalna | EURO |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

**Suma:**

***\*****dzień poprzedzający datę złożenia wniosku*

………………………………….. ………………………………………………………

 data podpis wnioskodawcy

**Uwaga: Otrzymaną wielkość pomocy należy zweryfikować w rejestrze pomocy de minimis na stronie:** [***https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary;jsessionid=-bra9ph0hdyQpDAR74LLuh0E.undefined***](https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary;jsessionid=-bra9ph0hdyQpDAR74LLuh0E.undefined)

**Obowiązek informacyjny**

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Grójcu**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony danych osobowych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO Powiatowy Urząd Pracy w Grójcu informuje, że:

1. Administratorem danych, w tym danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Grójcu mający siedzibę przy ul. Laskowej 4a, 05-600 Grójec, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy.
2. **Dla pracodawców:**
* Dane, w tym dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt e RODO dla celów realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.
* Odbiorcą danych osobowych są podmioty, którym Administrator przekazuje dane osobowe na podstawie przepisów prawa.
* Dane, w tym dane osobowe związane z realizacją form wsparcia dla pracodawców przechowywane są przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz przez okres przechowywania dokumentacji określony w odrębnych przepisach.
* Pracodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia
i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzaniu.
* Pracodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego
do przetwarzania danych osobowych.
1. Dane kontaktowe do Administratora Bezpieczeństwa Informacji/Inspektora Ochrony Danych: Anna Walosińska iod.pup.grojec@dpag.pl

Potwierdzam zapoznanie się z treścią klauzuli informacyjnej:

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

 (podpis wnioskodawcy)

1. Maksymalna kwota podlegająca refundacji to 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia (art.46 ust.1 pkt 1 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, t.j. z dnia 20 kwietnia 2004r.) [↑](#footnote-ref-1)
2. Klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej: http://psz.praca.gov.pl/-/15252-klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci [↑](#footnote-ref-2)
3. \*zakup rzeczy używanej nie może być niższy niż 5.000,00 zł. [↑](#footnote-ref-3)