**Numer wniosku CAZ.630.\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_**

# **WNIOSEK**

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

dla: skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej

/Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, poprawienie i ich własnoręczne zaparafowanie/

Podstawa prawna:

* Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
* 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

Wnioskuję

o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia ………stanowiska pracy dla skierowanych bezrobotnych/ poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub nie wykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej w kwocie………………………. brutto na okres zatrudnienia:

🞎 co najmniej 12 miesięcy\*,

🞎 co najmniej 18 miesięcy\*,

| **DANE IDENTYFIKACYJNE I ADRESOWE WNIOSKODAWCY:** |
| --- |

1. Pełna nazwa przedsiębiorcy, niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły lub producenta rolnego,

żłobka lub klubu dziecięcego (…)imię i nazwisko Wnioskodawcy, telefon, e- mail :

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

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

1. Adres siedziby ………………………………………………………………………………………………………...

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

1. W przypadku osoby fizycznej (imię i nazwisko):……………………………………………………………………

Adres miejsca zamieszkania………………………………………………………………………………………....

1. Numer PESEL (w przypadku osoby fizycznej): ……………………………………………................................
2. Numer telefonu kontaktowego oraz e-mail: ………………………………………………………………………...

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

| **DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI:** |
| --- |

1. Miejsce prowadzenia działalności: …………………………………………………………………………………
2. Numer identyfikacyjny REGON: ……………………………………………………………………………………
3. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ………………………………………………………………………………
4. Numer KRS: …………………………………………………………………………………………………………..
5. Data rozpoczęcia działalności: ………………………………………………………………………………………
6. Forma i stawka opodatkowania:……………………………………………………………………………………..
7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określonej zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) związanej z refundowanym stanowiskiem pracy :

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

1. Oznaczenie formy prawnej działalności (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka cywilna, spółka z o. o.)

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

1. Podleganie podatkowi od towarów i usług (zaznaczyć właściwe):

🞎 jestem płatnikiem podatku od towarów i usług (VAT)

🞎 nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług (VAT)

Przysługuje / nie przysługuje[[1]](#footnote-1) mi prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego.

1. Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy, osoby wskazanej do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy: …………………………………………………………………………………………………………………………

| **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA:** |
| --- |

* 1. Liczba zatrudnionych pracowników w ostatnich 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku (liczba osób oraz w przeliczeniu na pełne etaty (wymiar czasu pracy) wynosił:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| m-c/ rok | m-c...............  rok................ | m-c...............  rok................ | m-c...............  rok................. | m-c...............  rok................. | m-c...............  rok................. | m-c...............  rok................. |
| Liczba osób |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób w przeliczeniu na pełny etat (wymiar czasu pracy) |  |  |  |  |  |  |

W przypadku spadku zatrudnienia lub zmniejszenia wymiaru czasu pracy w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku i na dzień złożenia wniosku, proszę o podanie przyczyny i sposobu rozwiązania umowy o pracę oraz proszę o wskazanie kiedy został uzupełniony stan zatrudnienia lub wymiar czasu pracy:

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

W przypadku producentów rolnych należy przedłożyć dokumenty potwierdzające zatrudnienie pracownika ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku.

| **DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY:** |
| --- |

* 1. Wymiar czasu pracy w przypadku doposażania lub wyposażania stanowiska pracy dla skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej (co najmniej połowa wymiaru czasu pracy)………………………………………………………………………………………………………………
  2. Miejsce wykonywania pracy (adres): ……………………………………………………………………………..
  3. Zmianowość: …….…, godziny pracy (od …………… do ……………..) w poszczególnych dniach tygodnia……………………………………………………………………………………………………………..
  4. Liczba miejsc pracy ………………………………………………………………………………………………...
  5. Wymagane kwalifikacje, umiejętności lub doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy:

| **Nazwa stanowiska, kod zawodu**  (zgodny z Klasyfikacją Zawodów) | **Rodzaj prac, które będą wykonywane przez skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna oraz ogólny zakres obowiązków**  (proszę wskazać max. trzy podstawowe obowiązki) | **Wymagany poziom wykształcenia**  (kierunek, specjalność) | **Kwalifikacje**  ( uprawnienia, umiejętności i inne wymagania) | **Wymagany staż pracy/ doświadczenie zawodowe** | **Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko:** |  |  | **Kwalifikacje niezbędne** | **Kwalifikacje niezbędne** |  |
|  |  |
| **Kwalifikacje mile widziane** | **Kwalifikacje mile widziane** |
|  |  |

Stosunek prawny lokalu, w którym będzie utworzone stanowisko pracy:

🞎 posiadam prawo własności/ współwłasności do lokalu, \*\*\*

🞎 wynajmuję lokal na podstawie umowy najmu/ użyczenia na okres od……………….do………………

| **PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI [[2]](#footnote-2)** |
| --- |

* poręczenie cywilne
* weksel in blanco
* weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
* gwarancja bankowa,
* zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach,
* blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym,
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika

Przy zabezpieczeniu w formie weksla in blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

| Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania: |
| --- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Nazwa stanowiska*  (zgodnie z klasyfikacją zawodów ) | *Kwota wydatków związanych z utworzeniem stanowiska pracy  i źródła ich finansowania (brutto)* |
| *Funduszu Pracy* | *Środki własne* | *Inne źródła* | *Razem* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  | *Ogółem:* |  |  |  |  |

| **SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISK PRACY ZGODNIE Z WNIOSKOWANĄ KWOTĄ REFUNDACJI.**(KOSZTY JAKIE ZOSTANĄ PONIESIONE OD DNIA ZAWARCIA UMOWY, W SZCZEGÓLNOŚĆI NA ZAKUP ŚRODKÓW TRWAŁYCH, URZĄDZEŃ, MASZYN, W TYM ŚRODKÓW NIEZBĘDNYCH DO ZAPEWNIENIA ZGODNOŚCI STANOWISK PRACY Z PRZEPISAMI BHP ORAZ WYMAGANIAMI ERGONOMII) **UWAGA!! 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.** |
| --- |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zakupu** bezpośrednio związany z tworzonym stanowiskiem pracy – maszyny, urządzenia, środki trwałe (z zaznaczeniem nowe czy używane, podać ilość, dane identyfikacyjne) | **Uzasadnienie celowości zakupu, sposobu wykorzystania na refundowanym stanowisku, do czego przyczyni się zakupiony sprzęt**  (Uzasadnij potrzebę zakupu każdego wyszczególnionego sprzętu. Nie opisuj do czego słuzy dany sprzęt lecz wskaż konkretnie dlaczego jest niezbędny na danym stanowisku pracy) | **Przewidywana kwota zakupu w ramach wnioskowanej refundacji (wartość NETTO)** | **Przewidywana kwota zakupu w ramach wnioskowanej refundacji (wartość VAT)** | **Kwota do refundacji**  **(brutto)** | **Przewidziany udział środków własnych w kwotach brutto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SUMA |  |  |  |  |

……………………………………………………...

(data, pieczęć i podpis Wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do jego reprezentacji)

| **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY (w poniższych oświadczeniach należy przekreślić niewłaściwe)** |
| --- |

**Posiadając zdolność do czynności prawnych, pełni świadomy, w imieniu własnym jako Wnioskodawca/ w imieniu Wnioskodawcy którego reprezentuję/ w imieniu Wnioskodawcy jako osoby zarządzającej Wnioskodawcą „jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego świadczenia” niniejszym oświadczam, że:**

1. W okresie ostatnich 2 lat **nie byłem / byłem** 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 1997r. – 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.
2. W okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłem / zmniejszyłem** wymiar czasu pracy i zatrudnienie pracowników z przyczyn dotyczących zakładów pracy.
3. W okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłem / zmniejszyłem** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia z innych przyczyn niż dotyczące zakładu pracy;

W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia **uzupełniłem / nie uzupełniłem** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.

1. **Nie zalegam / zalegam** 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.
2. **Nie zalegam / zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
3. **Nie posiadam / posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. Przez ostatnie 6 miesięcy **wykonywałem / nie wykonywałem** działalność gospodarczą***(dotyczy przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne)***
5. Przez ostatnie 6 miesięcy **wykonywałem / nie wykonywałem** działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe***(dotyczy niepublicznego przedszkola, lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły)***
6. Przez ostatnie 6 miesięcy **posiadałem / nie posiadałem** gospodarstwo rolne lub **prowadziłem / nie prowadziłem** dział specjalny produkcji rolnej***(dotyczy producenta rolnego)***
7. W okresie ostatnich 6 miesięcy **zatrudniałem / nie zatrudniałem** w każdym miesiącu co najmniej 1 pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy***(dotyczy producenta rolnego)***

Dąbrowa Tarnowska, dnia:

Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentacji:

……………………..…………………..……………..

(podpis i pieczęć wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

**Ponadto oświadczam, że:**

1. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku o refundację z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy **nie zostałem / zostałem** prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy. **Nie jestem /jestem** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
2. Wnioskowana refundacja **będzie[[3]](#footnote-3) / nie będzie** przeznaczona wyłącznie na realizację zadań określonych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe ***(dotyczy niepublicznego przedszkola, lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły)***
3. W okresie 3 lat:
   * **nie otrzymałem / otrzymałem** środki stanowiące pomoc de minimis
   * **nie otrzymałem / otrzymałem** środki stanowiące pomoc de minimis w rolnictwie i rybołówstwie
4. **Nie otrzymałem innej pomocy publicznej / otrzymałem inną pomoc publiczną** w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
5. **Nie ciąży / ciąży** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy.
6. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków** rozporządzenia MRPiPS z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022r., poz. 243 z późn.zm.)
7. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków**, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis(Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023r.).
8. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków**, o których mowa w Rozporządzeniu 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(Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9 z późn. zm.) ***(dotyczy producenta rolnego)***
9. Zatrudnieni bezrobotni/opiekunowie otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy.
10. Zapoznałem/am się z treścią Zasad Powiatowego Urzędu Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
11. **Zobowiązuje się nie zmniejszyć** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie **od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy**, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czas pracy lub zatrudnienia z innych przyczyn zobowiązuję się do **uzupełnienia** wymiaru czasu lub stanu zatrudnienia **od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy**.
12. **Zobowiązuje się / nie zobowiązuje się** do utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres …………….[[4]](#footnote-4) po upływie ustawowego okresu zatrudnienia.
13. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

**Wszelkie informacje podane we wniosku, oraz w załączonych dokumentach są prawdziwe, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń w powyższym zakresie, w przypadku zawarcia umowy stanowi podstawę do jej rozwiązania i żądania zwrotu wypłaconych środków.**

**„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

Dąbrowa Tarnowska, dnia:

……………………..…………………..……………..

(podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

| DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ: |
| --- |

1. Oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie stanowiące załącznik nr 2 do wniosku.
3. Dokumenty poświadczające formę prawną prowadzonej działalności, rodzaj, zakres działalności, organy lub osoby upoważnione do występowania w imieniu wnioskodawcy, status, uchwały – w przypadku nie posiadania wpisu do CEiDG lub KRS.
4. Klauzula informacyjna (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą). W przypadku spółek cywilnych klauzulę informacyjną przedkłada każdy ze wspólników spółki cywilnej.
5. Zgłoszenie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych, zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON, zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu (dotyczy niepublicznych szkół i przedszkoli).
6. Kserokopia dokumentu potwierdzającego upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. kserokopie powołania, mianowania lub pełnomocnictwo udzielone przez uprawnione osoby, o ile nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do wniosku;
7. Kserokopia umowy spółki cywilnej.
8. Kserokopia umowy najmu/ użyczenia lokalu, dzierżawy, kserokopia aktu własności ,w którym będzie utworzone stanowisko pracy w przypadku braku jego wsk
9. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*, *(wzór określa załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024r.);*
10. W przypadku otrzymania pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie- zaświadczenia o udzielonej pomocy publicznej de minimis obejmujące trzy lata – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie.

**Załącznik nr 1**

…………………………………………………… ………………………………………

/ Nazwa lub imię i nazwisko, adres Wnioskodawcy/ / miejscowość, data/

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ/ NIEOTRZYMANEJ**

**POMOCY DE MINIMIS**

“Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia” niniejszym oświadczam, że **przedkładam / nie przedkładam\*** wszystkie zaświadczenia o pomocy de mimimis oraz pomocy de mimimis w rolnictwie lub pomocy de mimimis w rybołówstwie oraz oświadczam, że**\***:

w okresie 3 minionych lat (**3 x 365 dni**) **nie otrzymałem/łam** pomocy *de minimis.*

w okresie 3 minionych lat (**3 x 365 dni**) **nie otrzymałem/łam** pomocy *de minimis* w rolnictwie oraz pomoc *de minimis* rybołówstwie,

w okresie 3 minionych lat (**3 x 365 dni** ) **otrzymałem/łam** następującą pomoc *de minimis* orazpomoc *de minimis* w **rolnictwie** lub pomoc *de minimis* **rybołówstwie,**  (proszę wypełnić poniższą tabelę).

**Oświadczam, że w okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni ) okresie od dnia …………..…………. r. do dnia ….........................................\*\* otrzymałem/łam następującą pomoc *de minimis*:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień, miesiąc/ rok udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy EURO** | **Wartość**  **pomocy w PLN** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |

**„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.**

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku ……………………..…………………..……………..

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a………………………………………………………(imię i nazwisko)

**Podlegam/nie podlegam\*** wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. Ponadto oświadczam, iż **jestem/nie jestem\*** powiązany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz **znajduję się/nie znajduję się\*** na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z aktualną listą osób/podmiotów objętych sankcjami.

………………………………………….

(data i podpis Wnioskodawcy lub

osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

**\*** Niepotrzebne skreślić

**Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP**

Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA.

Data weryfikacji …………………………… Podpis pracownika……………………………

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku, gdy refundacja jest dokonywana jako wsparcie finansowe z Funduszu Pracy w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe – nie stanowi pomocy de minimis. [↑](#footnote-ref-3)
4. Wskaźnik efektywności zatrudnieniowej- oznacza to udział procentowy liczy osób, które w trakcie nie później niż w okresie 180 dni od dnia zakończenia realizacji podstawowych form pomocy w roku budżetowym wykonywały pracę niesubsydiowaną przez co najmniej 90 dni (…) [↑](#footnote-ref-4)