**DRUK 03/2025**

………………………………………. ……………………………

pieczęć Wnioskodawcy miejscowość, data



**Do Dyrektora**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Bytowie**

**Wniosek**

**o refundację ze środków Funduszu Pracy/UE kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

*Na podstawie art.154 Ustawy z dnia 20 marca 2025 o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 243 t.j. z późn.zm).*

**I.** **Wniosek dotyczy*(właściwe zaznaczyć)*:**

* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć żłobkom lub klubom dziecięcym tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi do lat 3
* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w tym usług mobilnych- przedsiębiorcy lub przedsiębiorstwu społecznemu, prowadzącym działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych
* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym

**II. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

1. Nazwa podmiotu/imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej……….………………………….…………

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

1. Siedziba podmiotu /adres zamieszkania ………………………………….....................................................................................................................................................................................
2. Imię i nazwisko właściciela podmiotu / osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu ……………………………………………………………………………….. Nr telefonu:……………….……………………………………..
3. Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na kontakt i otrzymanie wiadomości w sprawie złożonego wniosku za pośrednictwem:

poczty e-mail na adres……………..………………………..……………….........................

ePUAP nazwa skrytki………………………………………………………...…..……….....

praca.gov.pl

\*niepotrzebne skreślić

1. NIP.................................................................................................................................................................................................................
2. REGON:………………………………………….………………………….……………………………………………………………...…….…
3. PESEL*(w przypadku osoby fizycznej)*………………………………………………………………………………….……..…
4. Symbol podklasy głównego rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) oraz jego opis: ……………………………………………..…………..………………

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

1. Symbol podklasy działalności gospodarczej (PKD) w związku, z którym podmiot zamierza utworzyć stanowisko pracy…………………………………………………………………………………………………………….
2. Przedmiot działalności podmiotu..........................................................................................................................................................

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

1. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………………………………………………………….…..……
2. Forma opodatkowania :

* zasady ogólne wg stawki ………….…..
* podatek liniowy wg stawki………….……
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych wg stawki………..……
* karta podatkowa ……….………...
* dział specjalny produkcji rolnej…………………..
* inne……………………………..…………..

1. Forma prawna prowadzonej działalności

* przedsiębiorca/określić formę np. os. fiz., sp. cywilna, sp.z.o.o etc/

……………………………………………………………………………………………….

* niepubliczne przedszkole
* niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego
* niepubliczna szkoła
* żłobek
* klub dziecięcy
* podmiot prowadzący działalność gospodarczą świadczący usługi rehabilitacyjne
* przedsiębiorstwo społeczne
* osoba fizyczna lub osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, będąca posiadaczem gospodarstwa rolnego lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej.

1. Status podmiotu w rejestrze VAT :

czynny podatnik VAT

niezarejestrowany lub zwolniony podatnik VAT

1. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)\*: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 6 miesiącach na dzień złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W dniu**  **złożenia**  **wniosku** | **W okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku\*** | | | | | |
| **m-c/rok**  \_\_\_/\_\_\_ | **m-c/rok**  \_\_\_/\_\_\_ | **m-c/rok**  \_\_\_/\_\_\_ | **m-c/rok**  \_\_\_/\_\_\_ | **m-c/rok**  \_\_\_/\_\_\_ | **m-c/rok**  \_\_\_/\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* należy uwzględnić tylko umowy o pracę, bez umów cywilnoprawnych

17. W przypadku spadku zatrudnienia , należy podać przyczynę rozwiązania stosunku pracy:

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

**III. Dane dotyczące stanowisk pracy tworzonych w ramach refundacji.**

1. Liczba stanowisk pracy dla:

* skierowanych bezrobotnych………..….…..
* skierowanych poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych…………………

1. Informacje o tworzonych stanowiskach pracy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Charakterystyka – rodzaj czynności wykonywanych na utworzonym stanowisku | Liczba osób przewidziana do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy | Liczba osób przewidziana do zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy\* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

*\*dotyczy zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej, a w przypadku wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć żłobkom lub klubom dziecięcym oraz wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w tym usług mobilnych przedsiębiorcy lub przedsiębiorstwu społecznemu prowadzącym działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych,*

1. Wnioskowana kwota refundacji\* :

nie więcej niż 4-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na 12 miesięcy:

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

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

więcej niż 4-krotność, jednak nie więcej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia w przypadku zatrudnienia na 18 miesięcy :

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

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

\* W ramach wnioskowanej kwoty refundacji podatek VAT W PRZYPADKU CZYNNEGO PODATNIKA VAT JEST NIEKWALIFIKOWALNY.

1. Forma zabezpieczenia zwrotu refundacji\*:

* poręczenie
* 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.***

1. Proponowana osoba do zatrudnienia: …………………………………………….…………………………..……………...

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

(imię i nazwisko, PESEL)

1. Jestem /nie jestem\* spokrewniony(a) (wstępnie lub zstępnie) z osobą proponowaną do zatrudnienia w ramach wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
2. Wymagania pracodawcy względem osoby kierowanej na stanowisko pracy tworzone w ramach refundacji/*wykształcenie, doświadczenie, umiejętności, uprawnienia/*……………………………………….

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

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

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

1. Miejsce wykonywania pracy przez skierowaną osobę*/adres/*………………………………..……………….

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie, w zakresie związanym z realizacją wniosku o refundację, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r.  (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem   
w celu otrzymania refundacji doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy.

…………………………………………

data i podpis wnioskodawcy

\*właściwe zaznaczyć **x**

Integralną część wniosku stanowią załączniki:

**Załącznik nr 1 –** Zestawienie wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy tworzonego w ramach refundacji.

**Załącznik nr 2 -** Oświadczenie osób zarządzających i reprezentujących podmiot

**Załącznik nr 3 -** Oświadczenie wnioskodawcy o spełnieniu warunków umożliwiających ubieganie się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

**Załącznik nr 4 -** Oświadczenie o zmniejszeniu stanu zatrudnienia –wypełnia wyłącznie przedsiębiorca żłobek w tym klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne

**Załącznik nr 5** – Oświadczenie o pomocy de minimis

**Załącznik nr 6** – Informacja o umowach z Powiatowym Urzędem Pracy

**Załącznik nr 7 –** Oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego oraz o pomocy de minimis –*wypełnia wyłącznie producent rolny*.

**Załącznik nr 8 –** Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców lub pracodawców będących osobami fizycznymi

Ponadto do wniosku należy dołączyć:

- zgłoszenie krajowej oferty pracy,

- formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,

- umowę spółki cywilnej, jeżeli wnioskodawcą jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej,

- dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie *(dotyczy wyłącznie producenta rolnego)*

Załącznik nr 1

Zestawienie wydatków

dotyczących utworzenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

**UWAGA: każde stanowisko wymaga osobnej kalkulacji wydatków**.

W przypadku uwzględnienia w kalkulacji wydatków pochodzących z rynku wtórnego, do wniosku należy dołączyć oferty sprzedaży potwierdzające ich wartość

| **Nazwa stanowiska pracy : ……………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………..** | | | | | Źródło finansowania | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Szczegółowa specyfikacja wydatków** | **Nowy/używany** | **Przewidywane źródło pochodzenia wydatków(np. sklep, hurtownia, komis itp.)** | **Przewidywana cena brutto w PLN** | **Środki własne brutto\***  **w PLN** | **Środki wnioskowane z FP/EFS+**  **brutto/netto\*\* w PLN** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |  |  |

\*Tylko wydatki związane z zakupem wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, które nie są finansowane z wnioskowanej kwoty refundacji, stanowią wkład własny. Podatek VAT od wydatków stanowiących wkład własny jest kosztem kwalifikowanym. VAT od wnioskowanej kwoty refundacji nie stanowi wkładu własnego.

\*\* Czynny podatnik VAT podaje kwotę wnioskowaną w wartościach netto

………………………………………………………...

pieczęć i podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 2

#### Oświadczenie

**Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

**Ja, niżej podpisany**

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

( imię i nazwisko, PESEL )

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

( pełniona funkcja/rola w podmiocie )

**Oświadczam, że** w okresie ostatnich 2 lat nie byłem/am prawomocnie skazany/a za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – *Kodeks karny (Dz. U z 2025r. poz. 383)* przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – *Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2025 r. poz. 633)* lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”

…………………..…………………………………

( data i czytelny podpis )

**Uwaga!**

W przypadku, gdy podmiot jest reprezentowany przez więcej niż jedną osobę, każda z osób uprawionych do reprezentacji lub zarządzania powinna złożyć odrębne oświadczenie, zgodnie z art. 138 ust. 6 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620 z późn. zm).

Załącznik nr 3

#### Oświadczenie

Nie wypełniają przedsiębiorcy w tym żłobki lub kluby dziecięce lub podmioty świadczące usługi rehabilitacyjne, przedsiębiorstwa społeczne

- ubiegający się o refundację w związku z tworzeniem stanowisk określonych w art. 154 ust. 2 lub 3 wymienionych w części I wniosku.

**Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1**.**

* zmniejszałem/łam
* nie zmniejszałem/łam

wymiar czasu pracy i stanu zatrudnienia w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku z przyczyn dotyczących zakładu pracy a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn uzupełniłem odpowiednio wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia

* **W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn uzupełniłem /am je w odpowiednim okresie, o którym mowa powyżej**

2**.**

* prowadzę
* nie prowadzę

działalność/ci gospodarczą/czej, przez min. 6 miesięcy w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców lub na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.

(do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej)

3**.**

* zalegam
* nie zalegam

z wypłaceniem 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./ jeśli dotyczy

4.

* zalegam
* nie zalegam

na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne /jeśli dotyczy/

5.

* zalegam
* nie zalegam

w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych

6**.**

* posiadam
* nie posiadam

nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych

„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

/właściwe zaznaczyć x/  ……………….…………………………

data i podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 4

Oświadczenie

/Wypełniają *przedsiębiorcy w tym żłobki lub kluby dziecięce , podmioty świadczące usługi rehabilitacyjne i przedsiębiorstwa społeczne ubiegających się o refundację w związku z tworzeniem stanowisk określonych w art. 154 ust. 2 lub 3 wymienionych w części I wniosku/*

**Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1**.**

* zmniejszyłem/am/
* nie zmniejszyłem/am

wymiar/uczasu pracy i stan/u zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, w okresie:

-ostatnich 6 miesięcy, lub

-okresie funkcjonowania podmiotu (jeśli działalność prowadzona jest krócej niż 6 miesięcy)

* **W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn, uzupełniłem/am je w odpowiednim okresie, o którym mowa powyżej.**

2.

* prowadzę
* nie prowadzę

działalność/ci gospodarczą/czej, przez min. 6 miesięcy w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców lub na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r.

(do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej)

3.

* zalegam
* nie zalegam

z wypłaceniem 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 Niepołnosprawnych./ jeśli dotyczy

4.

* zalegam
* nie zalegam

na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne /jeśli dotyczy/

5.

* zalegam
* nie zalegam

w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych

6.

* posiadam
* nie posiadam

nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych

„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

/właściwe zaznaczyć x/ ……………….…………………………

data i podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 5

Oświadczenie\*

Oświadczam, że:

1. w okresie minionych trzech lat

* otrzymałem/łam
* nie otrzymałem/łam

pomoc/y de minimis oraz pomoc/y w rolnictwie lub rybołówstwie

W przypadku otrzymania pomocy należy podać wysokość w PLN…………………………………………...

………………………/co stanowi euro……………………………………………………………………….

\*nie wypełnia producent rolny

„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

/właściwe zaznaczyć **x/**

………………………………………………

data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 6

Informacja o umowach zawartych z Powiatowym Urzędem Pracy w okresie minionych 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma aktywizacji** | **Wskazać PUP,**  **nr i datę zawarcia umowy** | **Termin**  **umowy**  **od -do** | **Liczba osób**  **skierowanych**  **przez PUP**  **w ramach umowy** | **Liczba osób zatrudnionych**  **po zakończeniu umowy** | **Pomoc finansowa uzyskana z PUP** | **Wywiązanie się z zawartych umów**  **( tak/nie \*)** | **Uwagi** |
| **1.** | Staż |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Prace interwencyjne |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Dofinansowanie na podjęcie działalności gospodarczej |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia st. pracy |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Inne |  |  |  |  |  |  |  |

Uwaga: W tabeli należy uwzględnić umowy podpisane **ze wszystkimi urzędami pracy** w okresie minionych 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.

Załącznik nr 7

#### Oświadczenie

#### /wypełnia wyłącznie producent rolny/

Niniejsze oświadczenie składam uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kk „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

* jestem
* nie jestem

posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni ……………………ha w rozumieniu przepisów o podatku rolnym przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* prowadzę
* nie prowadzę

dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* prowadzę
* nie prowadzę

dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

Oświadczam, że:

1. w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych

* otrzymałem/łam
* nie otrzymałem/łam

pomoc/y na zasadach de minimis

W przypadku otrzymania pomocy należy podać wysokość w PLN…………………………………………...

………………………/co stanowi/ euro……………………………………………………………………….

…….…………………………………………..

data i podpis wnioskodawcy

**Uwaga:** Producent rolny dołącza dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

/właściwe zaznaczyć **x**/

Załącznik nr 8

**Klauzula informacyjna**

**dla organizatorów form pomocy**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1 z 4.05.2016 r.) – RODO oraz na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ) informuję, że:

1. Administratorem  Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie ul. Wojska Polskiego 6, 77-100 Bytów**, tel.: +48 59 822 22 27, adres e-mail: gdby@praca.gov.pl który reprezentuje Dyrektor Urzędu.
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie powołany jest Inspektor Ochrony Danych (IOD).   Dane kontaktowe:  tel. +48 59 822 22 27, e-mail: iod@pup.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji form pomocy wynikających z ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c Rozporządzenia oraz ustaw nakładających inne zadania, obowiązki i prawa oraz przepisów wykonawczych do tych ustaw. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Dane osobowe mogą być przetwarzane na podstawie wyrażonej dobrowolnie zgody do przetwarzania danych w sytuacji, gdy podanie danych nie jest obowiązkiem prawnym, ale ułatwia komunikację Administratora w celu załatwienia sprawy.
4. W związku z przetwarzaniem danych w powyżej wskazanym celu, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom. Odbiorcami danych mogą być:
   1. podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
   2. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzana przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa oraz zgodnie   
   z obowiązującym okresem przechowywania dokumentacji określonym w Zarządzeniu Nr 29 z dnia 31.12.2021 roku Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Bytowie w sprawie: instrukcji kancelaryjnej oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania składnicy akt.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
   1. prawo dostępu do treści danych,
   2. prawo do sprostowania danych,
   3. prawo do usunięcia danych,
   4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
   5. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa gdy Pani/Pan uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, warunkiem koniecznym do zawarcia umowy oraz dobrowolne i niezbędne do skorzystania z form wsparcia w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie. Przy czym podanie danych jest:
   1. obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
   2. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwość skorzystania z form pomocy określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia. W przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany przy podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania w rozumieniu Rozporządzenia.

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

( miejscowość ) ( data ) ( czytelny podpis)