

….…………………………….…………….……

(nazwa wnioskodawcy)

NIP…..…………………………………………..

Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie / Filia w Chojnie

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA**

**LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

DLA SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO, W WIEKU 30 LAT I WIĘCEJ

W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO

WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

1. *Do realizacji będą kierowane wnioski spełniające warunki:*
2. *określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1100 z późn. zm.),*
3. *określone w rozporządzeniu 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 środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2017 poz. 1380 z późn.zm.),*
4. *określone w* ***„Regulaminie konkursu o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, w wieku 30 lat i więcej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na rok 2021***

**POUCZENIE:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte we wniosku pytania.
3. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7- dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nie uzupełniony we wskazanym terminie **pozostawia się bez rozpatrzenia**
4. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku starosta informuje wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. W przypadku nieuwzględnienia wniosku starosta podaje przyczynę odmowy.
5. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
6. Na utworzone stanowisko pracy **mogą zostać**  **skierowane wyłącznie** osoby bezrobotne **zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryfinie:**
7. **które ukończyły 30 rok życia** i znajdują się w szczególnej sytuacji na rynku pracy tj. spełniają jeden z poniższych warunków:
8. są osobami w wieku 50 lat i więcej,
9. są kobietami,
10. są osobami z orzeczonym stopniem niepełnosprawności,
11. są osobami pozostającymi bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 miesięcy,
12. są osobami posiadającymi wykształcenie niższe niż policealne;
13. **dla których przygotowany został Indywidualny Plan Działania, z którego wynika potrzeba objęcia subsydiowanym zatrudnieniem.**
14. **które, nie korzystały z subsydiowanego zatrudnienia (prac interwencyjnych, robót publicznych, zatrudnienia na refundowanym stanowisku pracy) w okresie ostatnich 2 miesięcy,**
15. **które nie wykonywały pracy u tego samego pracodawcy lub od daty rozwiązania stosunku pracy** w ramach umowy wynikającej z kodeksu pracy**, z tym samym pracodawcą upłynęły 3 miesiące (90 dni),**
16. **które nie korzystały wcześniej z żadnej formy wsparcia w tym samym projekcie jako osoby bezrobotne.**
17. **z którymi pracodawca może zawrzeć w świetle obowiązujących przepisów wiążącą umowę o pracę.**
18. Na wyposażone/doposażone w ramach konkursu stanowisko pracy nie będą kierowane osoby bezrobotne, z którymi wnioskodawca, w świetle obowiązujących przepisów nie będzie mógł zawrzeć wiążącej umowy o pracę tj. osoby które zgodnie z art. 8 ust. 11 *ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych* są osobami współpracującymi przy prowadzeniu działalności – małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodzice oraz macocha i ojczym oraz osoby przysposabiające pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności lub wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia.

**INFORMACJA O WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Podstawowe dane:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa pracodawcy ( firma lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres siedziby pracodawcy, a w przypadku osoby fizycznej adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy - podpisania umowy | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| tel/fax | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Dane dotyczące prowadzonej działalności:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce prowadzenia działalności | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej wg PKD 2007 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer identyfikacji podatkowej NIP | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer identyfikacyjny REGON | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL (w przypadku osoby fizycznej) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia działalności (zgodnie z danymi w rejestrze REGON) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma prawna (zaznaczyć właściwą) | | | | | | | | | | | | | | □ osoba fizyczna prowadząca działalność  □ spółka cywilna  □ spółka jawna  □ spółka partnerska  □ spółka komandytowa  □ spółka z o.o.  □ jednostka sektora finansów publicznych  □ inna(jaka?) .............................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma opodatkowania | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stopa % składek na ubezpieczenie wypadkowe | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wielkość pracodawcy *(zaznaczyć właściwe)* | | | | | | | | | | | | | | □ mikro przedsiębiorstwo  □ małe przedsiębiorstwo  □ średnie przedsiębiorstwo  □ duże przedsiębiorstwo  □ pracodawca nie będący przedsiębiorcą | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Rachunek bankowy, na który mają być przekazywane refundacje:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NR rachunku:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  | |  |  |  | - |  |  |  |  | | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
| **4. Liczba ogółem zatrudnionych pracowników** **[[1]](#footnote-1)**  w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, na dzień złożenia wniosku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

1. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku nastąpiło zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownikowi zatrudnionemu w przedsiębiorstwie? **TAK NIE**
2. Liczba osób zwolnionych w **okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku** wraz z podaniem przyczyn zwolnienia oraz artykułu Kodeksu Pracy, na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba zwolnionych osób** | **Przyczyna zwolnienia oraz artykuł Kodeksu Pracy** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*\*Należy załączyć dokumenty potwierdzające informacje zawarte w powyższej tabeli (świadectwa pracy oraz pisma dotyczące wypowiedzenia umowy o pracę).*

**WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE**

1. Ubiegam się o refundację kosztów utworzenia stanowiska pracy jako:

⬜ podmiot prowadzący działalność

⬜ producent rolny

⬜ żłobek lub klub dziecięcy

⬜ podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne

⬜ niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła

1. **Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy[[2]](#footnote-2)**

……………………………………zł

(słownie…………………………………………………………………………………………………………………………………………)

1. **Łączna liczba** tworzonych stanowisk pracy (liczba osób bezrobotnych do zatrudnienia na wyposażanych/doposażonych stanowiskach pracy): **…………….**

**FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU OTRZYMANYCH ŚRODKÓW W PRZYPADKU NIEDOTRZYMANIA WARUNKÓW UMOWY**

1. Proponowana forma zabezpieczenia to /*proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat*/:

⬜ Poręczenie osób fizycznych**[[3]](#footnote-3)**

⬜ Weksel z poręczeniem wekslowym (aval) [[4]](#footnote-4)

⬜ Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym – wnoszone po podpisaniu umowy **[[5]](#footnote-5)**

⬜ Gwarancja bankowa – wnoszone po podpisaniu umowy **[[6]](#footnote-6)**

⬜ Zastaw na prawach lub rzeczach– wnoszone po podpisaniu umowy **[[7]](#footnote-7)**

⬜ Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika– wnoszone po podpisaniu umowy **[[8]](#footnote-8)**

***Forma zabezpieczenia podlega negocjacji.***

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

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumenty składane w oryginale:** | |
| **1** | Opis wyposażanego/doposażonego stanowiska pracy – ***w*** ***załączniku nr 1*** |
| **2** | Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy i źródła ich finansowania – ***w*** ***załączniku nr 2*** |
| **3** | Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w ramach wnioskowanego dofinansowania - ***w*** ***załączniku nr 3*** |
| **4** | Oświadczenie wnioskodawcy – ***w załączniku nr 4*** |
| **5** | Oświadczenie małżonka wnioskodawcy - ***w załączniku nr 5*** |
| **6** | Druk poręczenia - ***w załączniku nr 6*** |
| **7** | Przetwarzanie danych osobowych – poręczenie **– *w załączniku nr 7*** |
| **8** | Oświadczenie wnioskodawcy o wartości posiadanego majątku - ***w załączniku nr 8*** |
| **9** | Oświadczenie beneficjenta pomocy publicznej - ***w załączniku nr 9*** |
| **10** | Aktualne na dzień składania wniosku dokumenty potwierdzające formę prawną podmiotu - wyłącznie w przypadku braku wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej lub Krajowym Rejestrze Sądowym. |
| **11** | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis udzielaną na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji Europejskiej (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de mini mis (Dz. Urz. UE L Nr 352 z 24.12.2013, str. 1) – ***w*** ***załączniku nr 12*** |
| **12** | Pełnomocnictwo – jeżeli dotyczy w oryginale lub urzędowo poświadczone |
| **Potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę** kserokopie następujących dokumentów: | |
| **1** | W przypadku producenta rolnego dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku o refundację, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie (Deklaracje rozliczeniowe ZUS – RCA za 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku o refundację) |
| **2** | Dokumenty potwierdzające informacje zawarte w tabeli pkt. 6 wniosku (świadectwa pracy oraz pisma dotyczące wypowiedzenia umowy o pracę). |

**POUCZENIE**: Wnioskodawca jest zobowiązany złożyć wszystkie załączniki, które go dotyczą. Załączniki składane jako kopie dokumentów muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę. Na żądanie urzędu Wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.



***Załącznik Nr 1***

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego*

**OPIS WYPOSAŻANEGO/DOPOSAŻANEGO STANOWISKA PRACY**

*(należy wypełnić dla każdego stanowiska odrębnie)*

1. Liczba osób bezrobotnych do zatrudnienia na utworzonym stanowisku: *……………………………………….....*
2. Deklaruję, iż zatrudnię, w przypadku skierowania przez PUP poniższego kandydata *(zaznaczyć właściwe*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| osoba w wieku 50 lat i więcej | ⬜ | osoba niepełnosprawna | ⬜ |
| osoba o niskich kwalifikacjach, tj.  z wykształceniem niższym niż policealne | ⬜ | osoba, która nie zalicza się do żadnej z powyższych grup | ⬜ |

1. **WARUNKI ZATRUDNIENIA NA TWORZONYM STANOWISKU - nie podlegają negocjacjom**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Informacje dotyczące wykonywanej pracy w ramach wyposażonego/doposażonego stanowiska pracy:** | |
| **Nazwa zawodu lub specjalności** zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności *– dostępne na stronie internetowej (klasyfikacja dostępna na stronie* [*www.gryfino.praca.gov.pl*](http://www.gryfino.praca.gov.pl)*)* |  |
| **Nazwa stanowiska pracy** |  |
| Tworzone stanowisko jest bezpośrednio związane ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć | ⬜ **TAK/** ⬜ **NIE\*** |
| Tworzone stanowisko jest bezpośrednio związane ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych | ⬜ **TAK/** ⬜ **NIE\*** |
| **Miejsce wykonywania pracy** *(adres):* |  |
| **Wymiar czasu pracy** | ⬜ Pełen wymiar czasu pracy |
| ⬜ połowa wymiaru czasu pracy - stanowisko związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć przez żłobki lub kluby dziecięce |
| ⬜ połowa wymiaru czasu pracy – stanowisko związane bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych prowadzonych przez podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne. |
| **Godziny pracy** (od –do): |  |
| **Zmianowość:**  - **preferowane zatrudnienie w systemie jednozmianowym** | jedna zmiana  dwie zmiany  trzy zmiany  ruch ciągły |
| **Praca w niedziele i święta** | tak  nie |
| **Praca w porze nocnej** | tak  nie |
| **Rodzaj prac jakie będą wykonywane przez skierowanego bezrobotnego na utworzonym stanowisku pracy** *(ogólny zakres zadań na stanowisku – zadania muszą być powiązane z planowanym do zakupienia wyposażeniem stanowiska)* |  |
| 1. **Wysokość wynagrodzenia za pracę dla osób bezrobotnych zatrudnionych na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy** | |
| **System wynagradzania:** | miesięczny  godzinowy  akordowy  prowizyjny |
| **Wynagrodzenie brutto** **za jeden miesiąc dla 1 osoby –** *preferowane wynagrodzenie za pracę w kwocie przekraczającej co najmniej o* ***10%*** *kwotę obowiązującego minimalnego wynagrodzenia* |  |

1. **WYMAGANIA DLA KANDYDATA DO ZATRUDNIENIA NA TWORZONYM STANOWISKU PRACY - podlegają negocjacjom**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Niezbędne do wykonywania pracy na wyposażanym stanowisku kwalifikacje osób bezrobotnych:** | |
| **Minimalny poziom wykształcenia** (preferowane wykształcenie niższe niż policealne) | podstawowe lub gimnazjalne  zasadnicze zawodowe kierunek: …………………………….  średnie ogólnokształcące  średnie zawodowe kierunek: …………………………………  wyższe kierunek: …………………………………………….. |
| **Staż pracy**  - niezbędny do wykonywania pracy na tworzonym stanowisku *(wymagany okres- liczba miesięcy/lat, w jakim zawodzie)* | nie wymagany  wymagany: …………… lat …………….miesięcy  w zawodzie ……………………………………… |
| **Wymagane uprawnienia** *(np. prawo jazdy, uprawnienia do obsługi wózków jezdniowych, uprawnienia spawalnicze)*  - wyłącznie jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania określonych uprawnień, w szczególności uprawnienia do obsługi maszyn urządzeń, środków transportu wykazanych w specyfikacji wydatków - załącznik nr 3 |  |
| **Książeczka Zdrowia** |  |
| 1. **Pożądane kwalifikacje osób bezrobotnych i inne wymogi :** | |
| **Oczekiwane umiejętności:** |  |
| **Znajomość języków obcych:** |  |
| **Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:** |  |

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

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)



***Załącznik Nr 2***

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego*

### KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA

*(należy wypełnić dla każdego stanowiska odrębnie)*

*/wydatki w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii/*

Nazwa stanowiska pracy: **……………………………………………………………………………..**

1. Tworzone stanowisko jest bezpośrednio związane ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć **TAK/NIE**
2. Tworzone stanowisko jest bezpośrednio związane ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych **TAK/NIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kategoria wydatków** | **Środki**  **własne** | **Wnioskowane dofinansowanie**  **PUP** | **Razem** |
| **1** | **Urządzenia, maszyny lub narzędzia** *niezbędne do wykonywania zadań przez bezrobotnego zatrudnianego na tworzonym stanowisku pracy*  **o wartości jednostkowej powyżej 1000 zł**  ***zakup*** *komputera z peryferiami (tj. monitorem, klawiaturą, myszką) oraz systemem operacyjnym w kwocie przekraczającej* ***3 500 zł****, w przypadku gdy tworzone stanowisko pracy nie jest zaliczane do stanowisk z branży IT, fotograficznej lub nie obejmuje zadań z zakresu projektowania przy użyciu komputera.* |  |  |  |
| **2** | **Środki transportu**  *max* ***80%*** *łącznej kwoty dofinansowania oraz* ***95%*** *w przypadku* *tworzenia stanowisk pracy, których zakres czynności w głównej mierze obejmuje obowiązek obsługiwania środka transportu* |  |  |  |
| **3** | **Narzędzia** *niezbędne do wykonywania zadań przez bezrobotnego zatrudnianego na tworzonym stanowisku pracy*  **zakup telefonu max. 1 000 zł** |  |  |  |
| **4** | **Pozostałe wyposażenie**  (np. meble, naczynia, oprogramowanie komputerowe)**,** |  |  |  |
| **5** | **Środki ochrony osobistej**  *środków niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii* |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** | | |  | |

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

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)



***Załącznik Nr 3***

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego*

#### SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY

*(należy wypełnić dla każdego stanowiska odrębnie)*

1. */wydatki w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii/*
2. Nazwa stanowiska pracy……………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria wydatków** | **Wyszczególnienie**  (dla każdej kategorii wydatków należy wymienić wszystkie planowane zakupy wskazując ich nazwy) | **Uzasadnienie wydatków – jakie zadania będą wykonywane przy użyciu zakupionego wyposażenia**  (opisać odrębnie dla każdego z przedmiotów (zgodnie z zakresem zadań na wyposażanym stanowisku) | **Wnioskowane dofinansowanie**  **PUP** |
| **1**  **Urządzenia, maszyny lub narzędzia** *niezbędne do wykonywania zadań przez bezrobotnego zatrudnianego na tworzonym stanowisku pracy*  **o wartości jednostkowej powyżej 1000 zł**  ***zakup*** *komputera z peryferiami (tj. monitorem, klawiaturą, myszką) oraz systemem operacyjnym w kwocie przekraczającej* ***3 500 zł****, w przypadku gdy tworzone stanowisko pracy nie jest zaliczane do stanowisk z branży IT, fotograficznej lub nie obejmuje zadań z zakresu projektowania przy użyciu komputera.* |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** | |  |
| **2**  **Środki transportu**  *max* ***80%*** *łącznej kwoty dofinansowania oraz* ***95%*** *w przypadku* *tworzenia stanowisk pracy, których zakres czynności w głównej mierze obejmuje obowiązek obsługiwania środka transportu* |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3**  **Narzędzia** *niezbędne do wykonywania zadań przez bezrobotnego zatrudnianego na tworzonym stanowisku pracy*  **zakup telefonu max. 1 000 zł** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** | |  |
| **4**  **Pozostałe wyposażenie**  (np. meble, naczynia, oprogramowanie komputerowe)**,** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** | |  |
| **5**  **Środki ochrony osobistej**  *środków niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii* |  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** | |  |
| **OGÓŁEM** (kwota wnioskowana max 22000-suma pozycji 1 do 5)**:** | | |  |

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

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)



***Załącznik Nr 4***

*do wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY – CZEŚĆ A.1**

**Oświadczam, że** *(zaznaczyć właściwe)***:**

1. **Świadczę usługi rehabilitacyjne lub prowadzę klub dziecięcy lub prowadzę żłobek** przez okres **co najmniej 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku

**NIE**

**TAK** i w związku ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych lub prowadzeniem żłobka lub klubu dziecięcego:

1. W okresie **6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku  **rozwiązałem** stosunek pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonanym przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników. **TAK/NIE**
2. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam** **rozwiązać** stosunek pracy z pracownikami w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników **TAK/NIE**
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **obniżyłem** wymiaru czasu pracy pracownika -

**NIE   
TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,

1. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam obniżyć** wymiaru czasu pracy pracownikiem -

**NIE   
TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,

1. **Prowadzę niepubliczne przedszkole lub niepubliczną szkołę na** podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. **Prawo oświatowe** przez okres **co najmniej 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **NIE**

**TAK** i w związku z prowadzeniem niepublicznego przedszkole lub niepublicznej szkoły:

1. W okresie **6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku  **rozwiązałem** stosunek pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonanym przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników. **TAK/NIE**
2. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam** **rozwiązać** stosunek pracy z pracownikami w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników **TAK/NIE**
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **obniżyłem** wymiaru czasu pracy pracownika. **NIE   
   TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,
4. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam obniżyć** wymiaru czasu pracy pracownikiem

**NIE   
TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,

1. **Prowadzę działalność gospodarczą** w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. **Prawo przedsiębiorców**, przez okres **co najmniej 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresów zawieszenia działalności gospodarczej) **NIE**

**TAK** i w związku z prowadzoną działalności:

1. W okresie **6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku  **rozwiązałem** stosunek pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonanym przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników. **TAK/NIE**
2. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam** **rozwiązać** stosunek pracy z pracownikami w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników **TAK/NIE**
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **obniżyłem** wymiaru czasu pracy pracownika. **NIE   
   TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,
4. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam obniżyć** wymiaru czasu pracy pracownikiem

**NIE   
TAK,** wyłącznie na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,

1. **Posiadam gospodarstwo rolne** w rozumieniu ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym lub **prowadzę dział specjalny produkcji rolnej** w rozumieniu ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych, przez **okres co najmniej 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku i w okresie tych 6 miesięcy, **w każdym miesiącu, zatrudniałem co najmniej jednego pracownika** na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz go ubezpieczałem -

**NIE**

**TAK** i w związku z posiadaniem gospodarstwa rolnego lub prowadzeniem działu specjalnego produkcji rolnej:

1. W okresie **6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku  **rozwiązałem** stosunek pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonanym przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników. **TAK/NIE**
2. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam** **rozwiązać** stosunek pracy z pracownikami w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników **TAK/NIE**
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **obniżyłem** wymiaru czasu pracy pracownika

**NIE   
TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19

1. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **zamierzam obniżyć** wymiaru czasu pracy pracownikiem

**NIE   
TAK,** ale wyłącznie na podstawie art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID-19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19

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

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

(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**OSWIADCZENIE WNIOSKODAWCY – CZĘŚĆ A.2**

**Oświadczam, że** *(zaznaczyć właściwe)***:**

1. W dniu złożenia wniosku **zalegam** 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. **TAK/NIE**
2. W dniu złożenia wniosku **zalegam** z opłacaniem innych danin publicznych. **TAK/NIE**
3. W dniu złożenia wniosku **posiadam** nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne. **TAK/NIE**
4. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku:
5. **zostałem ukarany** lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, **TAK/NIE**
6. **jestem objęty** postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. **TAK/NIE**
7. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku byłem/łam karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu [[ustawy](javascript:openOdeslanie()](javascript:openOdeslanie() z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary. **TAK/NIE**
8. Byłe/am karany/a, lub został wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków na podstawie ustawy z dn. 15.06.2012r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych*[[9]](#footnote-9).* **TAK/NIE**
9. **Złożyłem wniosek** do innego starosty o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia tego samego stanowiska pracy. ⬜ **TAK /** ⬜ **NIE\***

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

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

(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**OSWIADCZENIE WNIOSKODAWCY – CZĘŚĆ B**

**Oświadczam, że** *(zaznaczyć właściwe):*

1. Zapoznałem się z treścią ***„Regulaminu konkursu o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, w wieku 30 lat i więcej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na rok 2021”* TAK/NIE**
2. **Dysponuję nieruchomością** *(teren/lokal)* na cele wykonywania działalności gospodarczej, w ramach której **będzie utworzone stanowisko pracy** *(****zaznaczyć właściwe)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres informacji** | **Wpisać lub zaznaczyć właściwe** |
| tytuł prawny do dysponowania terenem *(****zaznaczyć właściwe)*** | ⬜ własność  ⬜ współwłasność  ⬜ najem/dzierżawa, na okres minimum 12 miesięcy  ⬜ użyczenie, na okres minimum 12 miesięcy |
| adres działki: | ….……………………………………….……….…. |
| tytuł prawny do dysponowania lokalem *(****zaznaczyć właściwe)*** | ⬜ własność  ⬜ współwłasność  ⬜ najem/dzierżawa, na okres minimum 12 miesięcy  ⬜ użyczenie, na okres minimum 12 miesięcy |
| adres lokalu: | ….……………………………………….……….…. |
| powierzchnia w m2 |  |
| Dostęp do sanitariatów  *(****zaznaczyć właściwe)*** | ⬜ TAK,  ⬜ NIE, |
| Stan techniczny lokalu  *(****zaznaczyć właściwe)*** | ⬜ wymaga adaptacji (np. remontu, przebudowy)  ⬜ nie wymaga adaptacji , |

1. Utworzenie stanowiska pracy *(nazwa stanowiska)* …………………………………………………………………………………….. w ramach wnioskowanych środków *(****zaznaczyć właściwe):***

⬜ **nie wymaga** dysponowania pomieszczeniami spełniającymi wymagania sanitarne określone przepisami prawa

⬜ lokal, w którym utworzone zostanie stanowisko pracy w ramach wnioskowanych środków **spełnia wymagania sanitarne** określone przepisami prawa - posiada opinię/decyzję o spełnianiu warunków sanitarnych w zakresie działalności, w ramach której utworzone zostanie stanowisko pracywydaną przez właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.

1. Jestem świadomy, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku, na jedno stanowisko pracy urząd skieruje maksymalnie do 5 kandydatów spełniających warunki do skierowania w ramach konkursu, posiadających kwalifikacje adekwatne do wykonywania zadań na tworzonym stanowisku pracy wskazane przez pracodawcę na etapie wnioskowania. Wybór kandydata na stanowisko może odbyć się w formie tzw. giełdy pracy (zorganizowanej formie kontaktu bezrobotnego z pracodawcą w jednym miejscu i czasie).
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o pracę ze skierowanym, bezrobotnym na okres co najmniej 25 miesięcy lub na czas nieokreślony. **TAK/NIE**
3. Zobowiązuję się do zapewnienia dla zatrudnionego na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy bezrobotnego wynagrodzenia, w kwocie:
4. **co najmniej** o **10% wyższej od kwoty minimalnego wynagrodzenia brutto/pełen etat,** **obowiązującego w każdym miesiącu** trwania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego i nie niższej niż kwota wynagrodzenia wskazana w opisie stanowiska pracy załącznik nr 1**TAK/NIE**
5. co najmniej **minimalnego wynagrodzenia brutto/pełen etat w każdym miesiącu** trwania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego i nie niższej niż kwota wynagrodzenia wskazana w opisie stanowiska pracy załącznik nr 1**TAK/NIE**
6. Wyrażam zgodę Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie na:
7. przesyłanie na podany we wniosku adres e-mail/nr telefonu wiadomości zawierających informację dotyczące realizacji działań skierowanych do pracodawców/przedsiębiorców realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie,  **TAK/NIE**
8. wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów marketingu usług świadczonych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie oraz prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy. **TAK/NIE**

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

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

(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY – CZĘŚĆ C**

*należy wypełnić jeżeli wniosek składa osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub spółka cywilna*

*imię i nazwisko* ..........................................................................

*adres zamieszkania* ...........................................................................

*PESEL* ...........................................................................

*dokument potwierdzającego tożsamość osoby składającej oświadczenie:* ***nazwa***............................................................................ ***numer***…………………………………………………………………………..

# (1) OŚWIADCZENIE DOTYCZACE STANU CYWILNEGO

**Oświadczam, że:**

⬜ jestem stanu wolnego

⬜ pozostaję w związku małżeńskim i **posiadam rozdzielność\*** majątkową

⬜ pozostaję w związku małżeńskim i **nie posiadam rozdzielności\*\*** majątkowej

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

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

( data ) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\*w przypadku posiadania rozdzielności majątkowej **należy załączyć** kserokopię dokumentu potwierdzającego rozdzielność potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez składającego oświadczenie

\*\* w przypadku braku rozdzielności majątkowej **małżonek wnioskodawcy składa oświadczenie**  na załączniku nr 5

# (2) OŚWIADCZENIE DOTYCZACE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PUP w Gryfinie w związku z postępowaniem o przyznanie środków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego ***zgodnie z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych zawartą w ,,***Regulaminie konkursu o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego w wieku 30 lat i więcej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na rok 2021”

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

( data ) (czytelny podpis wnioskodawcy)



***Załącznik Nr 5*** *do wniosku*

# OŚWIADCZENIE MAŁŻONKA WNIOSKODAWCY

# *(należy wypełnić jeżeli wniosek składa osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub spółka cywilna i brak jest rozdzielności majątkowej)*

*imię i nazwisko* ..........................................................................

*adres zamieszkania* ...........................................................................

*PESEL* ...........................................................................

*dokument potwierdzającego tożsamość osoby składającej oświadczenie:* ***nazwa***............................................................................ ***numer***…………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że pozostaję w związku małżeńskim z:

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

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

i **nie posiadam rozdzielności majątkowej** oraz wyrażam zgodę na zaciągnięcie przez niego/nią zobowiązań wynikających z umowy dotyczącej refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

*(data) (czytelny podpis małżonka wnioskodawcy)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie w związku z postępowaniem o przyznanie środków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego ***zgodnie z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych zawartą w załączniku nr 7 do wniosku „Przetwarzanie danych osobowych – poręczenie”***(zapoznałem się z informacją w załączniku nr 7 co potwierdziłem własnoręcznym podpisem).

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

*(data) (czytelny podpis małżonka wnioskodawcy)*

**POUCZENIE:**

Należy wypełnić jeżeli wniosek składa osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub spółka cywilna i brak jest rozdzielności majątkowej.

W przypadku posiadania rozdzielności majątkowej małżonek wnioskodawcy nie składa oświadczenia, do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie rozdzielności potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę.



***Załącznik Nr 6*** *do wniosku*

**DRUK PORĘCZENIA**

**CZĘŚĆ A : OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA** *(wypełnia poręczyciel)*

*imię i nazwisko* ..........................................................................

*adres zamieszkania* ...........................................................................

*PESEL* ...........................................................................

*dokument potwierdzającego tożsamość osoby składającej oświadczenie:* ***nazwa***............................................................................ ***numer***…………………………………………………………………………..

# (1) OŚWIADCZENIE O UDZIELENIU PORĘCZENIA

W związku z prowadzonym przez PUP w Gryfinie postępowaniem w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego na rzecz Wnioskodawcy:

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

(nazwa Wnioskodawcy ubiegającego się o dotację)

**oświadczam, że:**

1. udzielę poręczenia umowy w sprawie przyznania tych środków,
2. nie poręczałem (am) w PUP w Gryfinie żadnych umów cywilnoprawnych (umowy o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, umowy w sprawie refundacji kosztów doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, umowy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego), które nie zostały zakończone,
3. nie jestem pracownikiem wnioskodawcy,
4. nie jestem małżonkiem wnioskodawcy pozostającym z nim w małżeńskiej wspólności majątkowej
5. nie jestem małżonkiem innego poręczyciela w ramach niniejszego Wniosku pozostającym z nim w małżeńskiej wspólności majątkowej.

**Ponadto oświadczam , że** *(zaznaczyć właściwe)*

Jestem osobą:

⬜ pozostającą w stosunku pracy

⬜ prowadzącą działalność gospodarczą pod numerem REGON ……………………………..

⬜ posiadająca prawo do emerytury lub renty stałej

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

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

( data ) (czytelny podpis poręczyciela)

# (2) OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH

**Oświadczam że:**

⬜ **nie posiadam** aktualnie zobowiązań finansowych

⬜ **posiadam** zobowiązania finansowe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj zobowiązania** | **Aktualna kwota zadłużenia\*** | **Ostateczny termin spłaty** | **Miesięczna kwota spłaty zadłużenia\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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

( data ) (czytelny podpis poręczyciela)

# (3) OŚWIADCZENIE DOTYCZACE STANU CYWILNEGO

**Oświadczam, że:**

⬜ jestem stanu wolnego

⬜ pozostaję w związku małżeńskim i **posiadam rozdzielność\*\*** majątkową

⬜ pozostaję w związku małżeńskim i **nie posiadam rozdzielności\*\*\*** majątkowej

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

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

( data ) (czytelny podpis poręczyciela)

\* kwoty podane w walutach obcych zostaną przeliczone na PLN według kursu NBP na dzień złożenia oświadczenia przez poręczyciela

\*\*w przypadku posiadania rozdzielności majątkowej **należy załączyć** kserokopię dokumentu potwierdzającego rozdzielność potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez składającego oświadczenie

\*\*\* w przypadku braku rozdzielności majątkowej **małżonek składa oświadczenie** na załączniku nr 6 w części B druku poręczenia

# (4) OŚWIADCZENIE DOTYCZACE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PUP w Gryfinie w związku z postępowaniem o przyznanie środków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego ***zgodnie z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych zawartą w załączniku nr 7 do wniosku „Przetwarzanie danych osobowych – poręczenie”***(zapoznałem się z informacją w załączniku nr 7 co potwierdziłem własnoręcznym podpisem).

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

( data ) (czytelny podpis poręczyciela)

**POUCZENIE:**

1. Druk poręczenia należy wypełnić nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed złożeniem wniosku o refundację kosztów wyposażenia/ doposażenia stanowiska pracy.
2. W przypadku **poręczyciela będącego w zatrudnieniu** należy załączyć wypełnioną część C załącznik nr 6 druku poręczenia -zaświadczenie o dochodach wystawione nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed dniem złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia/ doposażenia stanowiska pracy.
3. W przypadku **poręczyciela prowadzącego** **działalność gospodarczą**, należy dołączyć kserokopie: zaświadczeń o niezaleganiu z Urzędu Skarbowego i ZUS/KRUS, wystawione nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed dniem złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia/ doposażenia stanowiska pracy, rozliczenie roczne za rok ubiegły wraz z dowodem przyjęcia przez Urząd Skarbowy albo z dowodem nadania do Urzędu Skarbowego.
4. W przypadku **poręczyciela posiadającego prawo do emerytury lub renty stałej** (emeryt/rencista **do 68 roku życia**) należy dołączyć kserokopie: **aktualnej decyzji** o przyznaniu emerytury lub renty stałej lub zaświadczenie z ZUS/KRUS o wysokości pobieranej emerytury lub renty stałej za trzy ostatnie miesiące poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek.

**DRUK PORĘCZENIA**

**CZĘŚĆ B: OŚWIADCZENIE MAŁŻONKA PORĘCZYCIELA** *(wypełnia małżonek poręczyciela)*

*imię i nazwisko* ..........................................................................

*adres zamieszkania* ...........................................................................

*PESEL* ...........................................................................

*dokument potwierdzającego tożsamość osoby składającej oświadczenie:* ***nazwa***............................................................................ ***numer***…………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że pozostaję w związku małżeńskim z

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

( imię i nazwisko)

i **nie posiadam** rozdzielności majątkowej oraz wyrażam zgodę na poręczenie przez niego/nią za zobowiązania wynikające z umowy dotyczącej przyznania refundacji kosztów wyposażenia/ doposażenia stanowiska pracy dla :

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

(nazwa Wnioskodawcy ubiegającego się o przyznanie refundacji)

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

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

( data ) (czytelny podpis małżonka poręczyciela)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PUP w Gryfinie w związku z postępowaniem o przyznanie środków na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego ***zgodnie z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych zawartą w załączniku nr 7 do wniosku „Przetwarzanie danych osobowych – poręczenie”***(zapoznałem się z informacją w załączniku nr 7 co potwierdziłem własnoręcznym podpisem).

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

( data ) (czytelny podpis poręczyciela)

**POUCZENIE:**

1. Należy wypełnić w przypadku braku rozdzielności majątkowej.
2. W przypadku posiadania rozdzielności majątkowej małżonek poręczyciela nie składa oświadczenia, do wniosku należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie rozdzielności potwierdzone za zgodność z oryginałem przez poręczyciela.

**DRUK PORĘCZENIA**

**CZĘŚĆ C: ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH** *(wypełnia pracodawca poręczyciela)*

...................................r.

*(miejscowość i data)*

…………………………………

*(pieczęć zakładu pracy)*

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani…………………………………………………………………….………………...……...

*(nr PESEL)………………………………………………………………………………………………………………………..……………………*

jest zatrudniony(a) w naszym zakładzie pracy, który nie znajduje się w stanie likwidacji/upadłości *(nazwa, adres zakładu pracy):*

……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………,

od dnia……………………………….………………… na podstawie umowy o pracę *na czas:*

⬜ *nieokreślony,*

⬜ *określony - do dnia……………………………….…………\**,

ze średnim miesięcznym wynagrodzeniem brutto zł, z ostatnich 3 miesięcy………..……………………...……zł

*(słownie złotych)*…………………………………………………………………………………...........................................……...

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

Wynagrodzenie powyższe

⬜ *nie jest obciążone*

⬜ *jest obciążone*\*

z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów kwotą …………………………………………………………….zł

(słownie złotych……………………………………………………………..………...…………………………………………..…………..

……………………………………………………………………………………………...…………………………………………………….........)

Wymieniona w zaświadczeniu osoba

⬜ *nie znajduje się*

⬜ *znajduje się\**

w okresie wypowiedzenia umowy o zatrudnieniu.

\* zaznaczyć właściwe

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

(podpis głównej księgowej lub innej (podpis właściciela, kierownika

osoby upoważnionej) zakładu lub innej osoby upoważnionej)

**POUCZENIE:**

**Niniejszy druk powinien być podpisany przez dwie osoby.**

**W innym przypadku dokument nie będzie podlegał weryfikacji.**



***Załącznik Nr 7*** *do wniosku*

**PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWTYCH**

**PORĘCZENIE**

*(dotyczy Poręczyciela i jego małżonka oraz małżonka wnioskodawcy jeżeli wnioskodawca jest osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub spółką cywilną)*

*Zgodnie z art. 13 ust 1-2* 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) *(Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) - dalej RODO - Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie informuje, że:*

1. Twoje dane osobowe przekazane w związku z postępowaniem w sprawie przyznania na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego w projekcie *„Aktywizacja osób pozostających bez pracy w wieku 30 lat i więcej w szczególności znajdujących się w trudnej sytuacji na rynku pracy w powiecie gryfińskim (VI)”*  przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a), b) i c) i e) RODO dla celów realizacji zadania publicznego „inicjowanie, organizowanie i finansowanie usług i instrumentów rynku pracy” ujętego w:
2. *Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (tj. Dz. U. z 2021r., poz. 1100 z późn. zm.),
3. *Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej 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. 2017r. poz. 1380 z późn.zm).
4. Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Gryfinie:  
      adres: ul. Sprzymierzonych 1, 74-100 Gryfino,  
      numer telefonu: 91 416 45 15, 91 416 38 03, 91 404 54 17, 91 404 54 19,  
      adres email: [szgy@praca.gov.pl](mailto:szgy@praca.gov.pl)
5. Został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym możesz skontaktować się w sprawach ochrony danych osobowych pod adresem e-mail iod@gryfino.praca.gov.pl, pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w pkt 2 z dopiskiem ,,DANE OSOBOWE”.
6. Odbiorcami Twoich danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi zawarto umowy powierzenia danych w związku z realizacją projektu ***Aktywizacja osób pozostających bez pracy w wieku 30 lat i więcej w szczególności znajdujących się w trudnej sytuacji na rynku pracy w powiecie gryfińskim (VI)*** w tym realizujące badania ewaluacyjne, kontrole i audyty a także świadczące usługi pocztowe.
7. Dane osobowe pobrane w związku z postępowaniem w sprawie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego w projekcie **„Aktywizacja osób pozostających bez pracy w wieku 30 lat i więcej w szczególności znajdujących się w trudnej sytuacji na rynku pracy w powiecie gryfińskim (VI)”** będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego i ich rozliczenia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji po jego zrealizowaniu, ustalanym zgodnie z odrębnymi przepisami tj. zgodnie z instrukcja kancelaryjną i jednolitym rzeczowym wykazem akt Powiatowego Urzędu pracy w Gryfinie przez okres 10 lat od zakończenia realizacji zobowiązania i nie krócej niż przez okres 2 lat od 31 grudnia roku następującego po złożeniu do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakończenia projektu.
8. Obowiązek podania przez Ciebie danych osobowych bezpośrednio Ciebie dotyczących jest:
9. wymogiem ustawowym określonym w przepisach, o których mowa w ust.1 pkt 1
10. dobrowolny w pozostałym zakresie - jednakże konsekwencją nie podania wymaganych danych będzie brak możliwości udzielenia poręczenia tej umowy.
11. W odniesieniu do Twoich danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.
12. Masz prawo do:
13. dostępu do treści swoich danych osobowych na podstawie art. 15 RODO;
14. poprawienia i sprostowania swoich danych osobowych na podstawie art. 16 RODO;
15. żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art.18 RODO, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO**[[10]](#footnote-10);**
16. prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO;
17. wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych - UODO (Urząd Ochrony Danych Osobowych: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uznasz, iż przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy RODO.
18. Nie przysługuje Ci:
19. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
20. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO.

|  |  |
| --- | --- |
| **Przyjąłem do wiadomości;**  *(czytelny podpis poręczycieli, ich małżonków i małżonka wnioskodawcy – jeżeli dotyczy)* | ………………………………..……….…………….…….  ………………………………………..………….….…….  ……………………………………………………….…….……………………………………………………….…….  ……………………………………………..……….…….  ……………………………………………..……….…….  ……………………………………………..……….…….  ……………………………………………..……….…….  ……………………………………………..……….……. |



***Załącznik Nr 8*** *do wniosku*

# OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**O WARTOŚCI POSIADANEGO MAJĄTKU**

*(wypełnić wyłącznie w przypadku wyboru formy zabezpieczenia: akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika)*

*imię i nazwisko* ..........................................................................

*adres zamieszkania* ...........................................................................

*PESEL* ...........................................................................

*dokument potwierdzającego tożsamość osoby składającej oświadczenie:* ***nazwa***............................................................................ ***numer***…………………………………………………………………………..

Oświadczam, że:

⬜ jestem wyłącznym właścicielem niżej wymienionych nieruchomości

⬜ jestem współwłaścicielem niżej wymienionych nieruchomości, i **posiadam zgodę pozostałych współwłaścicieli** na zabezpieczenie *umowy o refundację kosztów wyposażenia/ doposażenia stanowiska pracy, tymi nieruchomościami:*

Nieruchomości (np.: działki, grunty, budynki, mieszkania itp.):

1. …………………………………………o wartości ……….… Nr księgi wieczystej………….……..
2. …………………………………………o wartości ……….… Nr księgi wieczystej………….……..
3. …………………………………………o wartości ……….… Nr księgi wieczystej………….……..

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

*( data ) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

**POUCZENIE**

1. Należy wypełnić wyłącznie w przypadku wyboru formy zabezpieczenia w postaci aktu notarialnego o dobrowolnym poddaniu się egzekucji.
2. Wartość posiadanych nieruchomości musi wynosić co najmniej 200% wnioskowanej kwoty (po odjęciu obciążeń hipoteki). W przypadku jeżeli nieruchomość będzie miała obciążoną hipotekę urząd może zażądać wyjaśnień dotyczących wskazanej wartości nieruchomości.



***Załącznik Nr 9*** *do wniosku*

# OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ

*(wypełnia odrębnie wnioskodawca oraz każdy podmiot powiązany\*)*

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

(nazwa Wnioskodawcy)

**Oświadczam, że:**

⬜ nie korzystałem w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2020r., poz. 708 z późn. zm.).

⬜ korzystałem z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis i w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych i uzyskałem pomoc **w łącznej kwocie:**

Kwota pomocy (w EURO).............................................................................................................................

(słownie:....................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….…………)

*Uzyskana pomoc* ***nie łączy się,*** *w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, z pomocą o innym przeznaczeniu (np. pomocą regionalną),*

□ zaznaczyć właściwe

Data: ………………….. r. ............................................................................

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**POUCZENIE**

**\*Przez podmioty powiązane należy rozumieć:**

* podmioty, z których jeden podmiot wywiera znaczący wpływ na co najmniej jeden inny podmiot, lub
* podmioty, na które wywiera znaczący wpływ:
* ten sam inny podmiot lub małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia osoby fizycznej wywierającej znaczący wpływ na co najmniej jeden podmiot,lub
* spółkę niemającą osobowości prawnej i jej wspólników, lub
* podatnika i jego zagraniczny zakład.

Przez wywieranie znaczącego wpływu należy rozumieć:

* posiadanie bezpośrednio lub pośrednio co najmniej 25%:
* udziałów w kapitale lub
* praw głosu w organach kontrolnych, stanowiących lub zarządzających, lub
* udziałów lub praw do udziału w zyskach lub majątku lub ich ekspektatywy, w tym jednostek uczestnictwa i certyfikatów inwestycyjnych, lub
* faktyczną zdolność osoby fizycznej do wpływania na podejmowanie kluczowych decyzji gospodarczych przez osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, lub
* pozostawanie w związku małżeńskim albo występowanie pokrewieństwa lub powinowactwa do drugiego stopnia.

1. **Pracownik** - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dla pełnego etatu kwota refundacji nie może przekroczyć **22 000 zł** na jedno stanowisko pracy (nie więcej jednak niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia). Kwota jest proporcjonalne do wymiaru czasu pracy przy zatrudnieniu poniżej pełnego etatu [↑](#footnote-ref-2)
3. Poręczenie zgodnie z przepisami prawa cywilnego udzielone przez:

   1. na jedno stanowisko pracy:
   2. **trzech poręczycieli**, będących osobami fizycznymi, które osiągają wynagrodzenie lub dochód (po odliczeniu zobowiązań) na poziomie co najmniej **2 900,00 zł brutto miesięcznie każdy**.
   3. **dwóch poręczycieli**, będących osobami fizycznymi, które osiągają wynagrodzenie lub dochód (po odliczeniu zobowiązań) na poziomie co najmniej **3 100,00 zł brutto miesięcznie każdy**.
   4. od 2 do 4 stanowisk pracy:
   5. **czterech poręczycieli**, będących osobami fizycznymi, które osiągają wynagrodzenie lub dochód (po odliczeniu zobowiązań) na poziomie co najmniej **2900,00 zł brutto miesięcznie każdy**.
   6. **trzech poręczycieli**, będących osobami fizycznymi, które osiągają wynagrodzenie lub dochód (po odliczeniu zobowiązań) na poziomie co najmniej **3100,00 zł brutto miesięcznie każdy**.
   7. powyżej 4 stanowisk pracy, należy wybrać inną formę poręczenia - preferowana gwarancja bankowa.

   [↑](#footnote-ref-3)
4. Wymagane jest poręczenie weksla udzielone:

   * 1. na jedno stanowisko pracy - przez osobę fizyczną, która osiąga wynagrodzenie lub dochód (po odliczeniu zobowiązań) na poziomie **co najmniej 3400,00 zł brutto miesięcznie.**
     2. od 2 do 4 stanowisk pracy - przez **dwóch poręczycieli**, będących osobami fizycznymi, które osiągają wynagrodzenie lub dochód (po odliczeniu zobowiązań) na poziomie co najmniej **3900,00 zł brutto miesięcznie każdy**.
   1. powyżej 4 stanowisk pracy - należy wybrać inną formę poręczenia - preferowana gwarancja bankowa.

   Poręczycielem, o którym mowa w odnośniku **3 i 4** **może być** osoba fizyczna:

   1. pozostająca w stosunku pracy z pracodawcą niebędącym w stanie likwidacji lub upadłości, zatrudniona na czas nieokreślony, lub określony nie krótszy niż 3 lata licząc od dnia podpisania umowy o refundację wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, niebędącą w okresie wypowiedzenia, wobec której nie są ustanowione zajęcia sądowe lub administracyjne
   2. prowadząca działalność gospodarczą, która to działalność nie jest w stanie likwidacji lub upadłości, a osoba prowadząca w/w działalność nie posiada zaległości w ZUS i US z tytułu jej prowadzenia
   3. osoba posiadająca prawo do emerytury lub renty stałej/emeryt/rencista **w wieku do 68 lat**/.

   Poręczycielem, o którym mowa w odnośniku **3 i 4** **nie może być:**

   1. współmałżonek wnioskodawcy jeżeli pozostaje z nim w małżeńskiej wspólności majątkowej,
   2. osoba, która udzieliła już poręczenia na niezakończone umowy dotyczące uzyskania środków będących w dyspozycji Urzędu (refundacje stanowiska pracy, dofinansowanie działalności gospodarczej, Krajowy Fundusz Szkoleniowy),
   3. pracownik wnioskodawcy.

   Poręczyciel, o którym mowa powyżej, wraz ze współmałżonkiem (jeśli dotyczy) **musi osobiście stawić się w urzędzie w celu podpisania umowy** o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego. [↑](#footnote-ref-4)
5. Kwota zablokowanych środków będzie stanowiła 200% kwoty otrzymanej, a termin na który środki zostaną zablokowane wynosi min. **6 lat** licząc od dnia podpisania umowy. [↑](#footnote-ref-5)
6. Kwota zagwarantowanych przez bank środków będzie stanowiła 200% kwoty otrzymanej, a termin gwarancji wynosi min. **6 lat** licząc od dnia podpisania umowy. [↑](#footnote-ref-6)
7. Wartość praw lub rzeczy będących przedmiotem zastawu musi wynosić minimum 200% kwoty otrzymanej, z uwzględnieniem spadku wartości przedmiotu zastawu w okresie obowiązywania tej formy zabezpieczenia min. **6 lat** licząc od dnia podpisania umowy. W przypadku rzeczy ruchomych ich wartość liczona będzie na podstawie wyceny rzeczoznawcy, którą wnioskodawca dokona na własny koszt. [↑](#footnote-ref-7)
8. Kwota podlegająca egzekucji w formie aktu notarialnego będzie stanowiła 200% kwoty otrzymanej, a termin na który zostanie ustanowione poręczenie wyniesie min. **6 lat** licząc od dnia podpisania umowy. [↑](#footnote-ref-8)
9. środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegające zwrotowi środki z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zalicza się.:

   1. środki pochodzące z funduszy strukturalnych, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Rybackiego oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, z wyłączeniem środków  środki przeznaczone na realizację:

   a)  programów w ramach celu Europejska Współpraca Terytorialna,

   b)  programów, o których mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1638/2006 z dnia 24 października 2006r. określającym przepisy ogólne w sprawie ustanowienia Europejskiego Instrumentu Sąsiedztwa i Partnerstwa (Dz. Urz. UE L 310 z 09.11.2006, str. 1) oraz programów Europejskiego Instrumentu Sąsiedztwa.

   2. środki na realizację Wspólnej Polityki Rolnej [↑](#footnote-ref-9)
10. ***Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego* [↑](#footnote-ref-10)