

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. ☐ **prowadziłem** / ☐ **nie prowadziłem** działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej),
2. ☐ **nie zalegam** / ☐ **zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom,
3. ☐ **nie zalegam** / ☐ **zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na:
 - ubezpieczenie społeczne,
 - ubezpieczenie zdrowotne,
 - Fundusz Pracy
 - Fundusz Solidarnościowy,
 - Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
 - Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. ☐ **nie zalegam** / ☐ **zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
5. ☐ **nie posiadam** / ☐ **posiadam** nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne,
6. ☐ **nie znajduję się** / ☐ **znajduję się** w stanie likwidacji lub upadłości,
7. ☐ **nie byłem** / ☐ **byłem** prawomocnie skazany w okresie ostatnich 2 lat 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 1997 r. - Kodeks karny lub za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego,
8. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** na dzień składania wniosku podatnikiem podatku od towarów i usług, zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004r. od podatku od towarów i usług,
9. ☐ **nie zmniejszyłem** / ☐ **zmniejszyłem** wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy,
10. ☐ **uzupełniłem** / ☐ **nie uzupełniłem** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, o ile miało miejsce zmniejszenie wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia, z innych przyczyn np. porozumienia stron czy wypowiedzenia umowy przez pracodawcę,
11. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
12. ☐ **otrzymałem** / ☐ **nie otrzymałem** pomoc de minimis w wysokości zł w okresie minionych 3 lat,
13. ☐ **otrzymałem** / ☐ **nie otrzymałem** pomoc de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie w wysokościzł w okresie minionych 3 lat,
14. ☐ **zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Strzelinie otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis,
15. ☐ **nie podlegam wykluczeniu** z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie art. 51 rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie, zm. rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 (Dz.U.UE.2022.111.1),
16. ☐ **nie jestem** związany/a z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście,
17. ☐ **zapoznałem** się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA: <https://www.gov.pl>.

(dodatkowo w przypadku szkoły/przedszkola)

1. przedszkole/szkoła⁷ ☐ **prowadziłem** / ☐ **nie prowadziłem** działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

(dodatkowo w przypadku producenta rolnego)

1. producent rolny ☐ **posiadam** / ☐ **nie posiadam** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub ☐ **prowadzę** / ☐ **nie prowadzę** dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
2. ☐ **nie zalegam** / ☐ **zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na:
- ubezpieczenia społeczne rolników,
 - ubezpieczenia zdrowotne,
3. producent rolny ☐ **zatrudniałem** / ☐ **nie zatrudniałem** w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy,
4. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9, z późn.zm.).

Ponadto Wnioskodawca zobowiązuje się do:

- ☐ zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego,
- ☐ zatrudnienia opiekuna osoby niepełnosprawnej / dziennego opiekuna w co najmniej połowie pełnego wymiaru czasu pracy,
- ☐ utrzymania przez okres 12 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku z przyznaną refundacją,
- ☐ utrzymania przez okres 18 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku z przyznaną refundacją,
- ☐ zwrotu równowartości podatku od towarów i usług zakupionych w ramach umowy refundacji w terminie 90 dni od dnia złożenia pierwszej deklaracji podatkowej dotyczącej podatku od towarów i usług, w której kwota tego podatku mogła być wskazana do odliczenia, w przypadku nabycia prawa do obniżenia kwoty podatku w trakcie trwania umowy oraz w okresie 5 lat od momentu zakończenia umowy refundacji.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
data

.....
podpis i pieczęć firmowa wnioskodawcy lub osób
uprawnionych do jego reprezentowania

Wnioskodawca przyjmuje do wiadomości, że :

Powiatowy Urząd Pracy w Strzelinie **nie dokona refundacji** w przypadku, gdy wnioskodawca nie spełni warunku niezmnieszania wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnienia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia, które jest weryfikowane na dzień składania wniosku oraz na dzień podpisania umowy refundacji.

Informuję, że spełniam/-my warunki określone w rozporządzeniu 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.

.....
data

.....
podpis i pieczęć firmowa wnioskodawcy lub osób
uprawnionych do jego reprezentowania

