**ZAŁĄCZNIK NR 1b**

**OŚWIADCZENIE ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO**

**USŁUGI REHABILITACYJNE**

1. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz
**nie rozwiążę** stosunku pracy z pracownikiem w sposób wskazany powyżej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
2. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku 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,
3. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
4. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
5. **nie byłem(am)** karany(a) w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione
pod groźbą kary (Dz. U. z 2020 r. poz. 358),
6. **oświadczam, że** *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):***:**
* **otrzymałem(am)** pomoc de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu
2 poprzedzających go lat podatkowych (w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy do wniosku dołączyć zaświadczenia potwierdzające jej otrzymanie lub oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy),
* **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat
podatkowych
1. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o niezmniejszeniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
2. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej
w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
3. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrzu, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, ulegnie zmianie stan faktyczny lub prawny wskazany we wniosku,
4. zapoznałem(am) się i spełniam warunki refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy 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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1380),
* rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1),
* regulaminie w sprawie dokonywania refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu z dnia 27.01.2020 r.

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

Prawdziwość informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 2b**

**OŚWIADCZENIE ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO**

**USŁUGI REHABILITACYJNE**

**O OBNIŻENIU BĄDŹ ZAMIARZE OBNIŻENIA WYMIARU CZASU PRACY PRACOWNIKA**

1. Oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):*
* **obniżyłem (am) wymiar czasu pracownika** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień
złożenia wniosku z powodu ……………………………………………………………………………………………………………………..
* **obniżyłem (am) wymiar czasu pracownika** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15 gb 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 (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.). zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,
* **nie obniżyłem (am) wymiaru czasu pracownika** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
1. Oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):*
* **zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji z powodu …………………..………………………………………………………………………………………….
* **zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15 gb 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 (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.). zwanej dalej „ustawą COVID-19” lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19,
* **nie obniżę wymiaru czasu pracownika** w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data podpis wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

Na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 poprzedzających go lat podatkowych *(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x):*

* otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis
* nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis

W przypadku otrzymania pomocy de minimis proszę uzupełnić poniższą tabelę.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy brutto** |
| **w PLN** | **w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ DE MINIMIS:** |  |  |

Jestem świadomy(a) faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń we wniosku oraz w załączonych do niego dokumentach w powyższym zakresie stanowi podstawę do rozwiązania zawartej umowy i żądanie zwrotu wypłaconej kwoty.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania wnioskodawcy