

**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 okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **nie rozwiązę** 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 lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,
6. **nie podlegam wykluczeniu** z otrzymania wsparcia wynikającym z nałożonych sankcji, wskazanych w Rozporządzeniu Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r., zgodnie z którym (art. 5l) zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji będących pod kontrolą publiczną;
7. **nie zostałem wykazany** na liście znajdującej się w załącznikach do regulacji unijnych (Rozporządzenie Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczące środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy) oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie BIP MSWiA (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>),
8. zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o niezmnieszeniu 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,
9. zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Zabrze, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, ulegnie zmianie stan faktyczny lub prawny wskazany we wniosku,
10. 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,
 - 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,
 - regulaminie w sprawie dokonywania refundacji z Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze z dnia 01.02.2022 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

**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 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.

2. 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 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

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

o wielkości otrzymanej pomocy de minimi lub nieotrzymaniu pomocy de minimis
oraz
o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy publicznej innej niż de minimis

- 1.** Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:
(*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):
- ☐ otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis **o łącznej wartości** zł,
stanowiącą równowartość: euro.
- ☐ nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis
- 2.** Oświadczam, iż (*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem x*):
- ☐ otrzymałem(am) pomoc publiczną inną niż de minimis odnoszącą się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
- ☐ nie otrzymałem(am) pomocy publicznej innej niż de minimis odnoszącej się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
- 3.** Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.
- 4.** 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