…........................., dnia .........................

# POWIATOWY URZĄD PRACY

**w Rawie Mazowieckiej**

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

pozycja rejestru zgłoszeń – data wpływu wniosku

**WNIOSEK**

O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY

na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017r., poz. 1065 ze zm.) oraz Rozporządzenia 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. z 2017r., poz. 1380).

Wnioskuję o przyznanie z Funduszu Pracy refundacji kosztów ............ stanowisk/a pracy w wysokości .........................zł, słownie: ...................................................................................

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

## 1. Oznaczenie wnioskodawcy:

1. nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej…...........................................

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

1. adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania, nr tel. …………..……...................

………………………………………………………………………………………..….

1. numer ewidencyjny PESEL w przypadku osoby fizycznej ….….……………..……
2. numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON), jeżeli został nadany: ....................................................................
3. numer identyfikacji podatkowej (NIP)………………………………………………….
4. data rozpoczęcia prowadzenia działalności ……………..…………………………….
5. symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ……………………………………………………..
6. oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:…………………………………. ...........................................................................................................................................
7. nazwa banku i numer rachunku bankowego: ..................................................................

…………………………………………………………………………………………..

**2. Informacja na temat planowanego zatrudnienia**

1. Liczba wyposażanych lub doposażanych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów…………………………………………..
2. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna: ...................................................................................................
3. Wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów …………………………………
4. Miejsce tworzenia stanowisk pracy………………………………..…………………..
5. Charakterystyka tworzonych stanowisk pracy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Liczba stanowisk | Wymagane kwalifikacje | Umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Przewidywany termin utworzenia miejsc pracy do .........................................................
2. Liczba zatrudnionych pracowników wg stanu na dzień złożenia wniosku wynosi ........................... osób w przeliczeniu na pełne etaty.

3. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowisk/ a pracy | Środki finansowe | | |
| Środki własne | Środki FP | Inne źródła |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |

4. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii, w ramach wnioskowanych środków:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Specyfikacja wydatków | Kwota w zł. | | Planowany termin zakupu | Podstawa rozliczenia (faktura, umowa kupna-sprzedaży) |
| brutto | w tym VAT |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |

Prosimy uzasadnić niezbędność dokonania ww. zakupów (w formie: nr poz. – krótkie uzasadnienie):

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

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

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

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

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

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

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

**5. Zobowiązania pracodawcy:**

1. Zobowiązuję/emy się do:
2. zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy skierowanego bezrobotnego przez okres co najmniej 24 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy, skierowanego opiekuna co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy;
3. utrzymania przez okres co najmniej 24 miesięcy stanowisk pracy utworzonych   
   w związku z przyznaną refundacją;
4. złożenia rozliczenia zawierającego zestawienie kwot wydatkowanych od dnia zawarcia umowy o refundację na poszczególne wydatki ujęte w specyfikacji.

6. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji:

1. poręczenie1 ............................................................................................................................

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

2.weksel z poręczeniem wekslowym /aval/2...........................................................................

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

3.gwarancja bankowa3.............................................................................................................

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

4. zastaw na prawach lub rzeczach4 ....................................................................................

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

5. blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym5...........................................

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

6. akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika6...............................................

1 wskazać imiona i nazwiska poręczycieli, adresy ich zamieszkania oraz wysokość osiąganych przez nich dochodów, a w załączeniu przedstawić stosowne zaświadczenia o dochodach.

2wskazać poręczycieli jak w pkt. 1.

3 i 5 wskazać nazwę i adres banku, przedstawić zaświadczenie banku o możliwości zastosowania tej formy zabezpieczenia.

4wskazać rodzaj prawa zbywalnego, określić jego wartość rynkową i ewentualnie wskazać dokument potwierdzający uprawnienie.

6 jest to oświadczenie o poddaniu się egzekucji sporządzone w formie aktu notarialnego sporządzane po zawarciu umowy. Do wniosku należy załączyć dokumenty / np. akty notarialne/ potwierdzające posiadanie majątku nieruchomego o wartości pow. 150 % wnioskowanej kwoty.

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

data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy/pieczęć podmiotu

Wymagane załączniki:

1. Oświadczenie o stanie zatrudnienia - załącznik nr 1.
2. Oświadczenie wnioskodawcy - podmiotu - załącznik nr 2.
3. Oświadczenie wnioskodawcy dot. zobowiązań - załącznik nr 3.
4. Oświadczenie współmałżonka/i - załącznik nr 4.
5. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis *-* załącznik nr 5.
6. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy tj. wydruk   
   z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, a w przypadku spółek dodatkowo umowa spółki.
7. Potwierdzenie numeru NIP.
8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis(Dz. U. z 2014r, poz. 1543), (dostępny na stronie internetowej: pup.rawamazowiecka.ibip.pl, w zakładce dokumenty do pobrania).
9. Zaświadczenie lub oświadczenie o otrzymanej pomocy publicznej i pomocy *de minimis* w zakresie wynikającym z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu   
   w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz.U. z 2016, poz.1808 z późn. zm.), w tym:

a) wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis, jakie podmiot otrzymał w roku,   
w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie,

b) oświadczenia o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*Oryginały ww. dokumentów należy przedłożyć do wglądu.*

UWAGA:

* Wnioski wypełnione nieczytelnie lub niepełne, nieprawidłowo sporządzone, podpisane przez nieupoważnioną osobę lub bez kompletu załączników i oświadczeń **nie będą rozpatrywane.**
* W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przed podpisaniem umowy należy przedstawić zaświadczenia o braku zaległości z tytułu opłacania podatków (Urząd Skarbowy) oraz o braku zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (ZUS lub KRUS).

*Załącznik Nr 1*

.............................................. *do wniosku o refundację kosztów*

/ nazwa zakładu pracy/  *wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

Oświadczenie

o stanie zatrudnienia za okres 6 miesięcy

przed wystąpieniem z wnioskiem o refundację

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc i  rok** | Liczba pracowników 1 | **Przyczyna zmniejszenia zatrudnienia** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **„liczba pracowników”** oznacza liczbę pracowników zatrudnionych na pełnych etatach, przy czym praca w niepełnym wymiarze oraz praca sezonowa wyrażone są ułamkowymi częściami etatu.

Data i czytelny podpis

………….………………

…………….………… *Załącznik Nr 2*

/pieczęć podmiotu / *do wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

**OŚWIADCZENIE podmiotu**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks Karny „za składanie fałszywych zeznań” oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

Oświadczam, że:

1. **nie zmniejszyłem/am/**\*wymiaru czasu pracy pracownika i **nie rozwiązałem/am/** \* stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
2. **prowadzę** działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,   
   przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej;
3. n**ie 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;
4. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
5. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. w okresie 2 lat przed dniem złożeniem wniosku **nie byłem/am** karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny (Dz. U. Dz. U. z 2016r. poz. 1137 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r.   
   o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U.   
   z 2016r. poz. 1541 oraz z 2017r. poz. 724 i 933);
7. **otrzymałem/am / nie otrzymałem/am/ \*** pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc publiczną. Jeżeli otrzymano pomoc należy podać jej wartość: …………………...… euro i dołączyć stosowne zaświadczenia;
8. spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku 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);
9. skierowane osoby otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy z tytułu ubezpieczeń społecznych zgodnie z wymiarem czasu pracy;
10. zobowiązuję się do złożenia dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji uzyskam pomoc de minimis;
11. zobowiązuję się do złożenia oświadczenia o niezmniejszeniu wymiaru czasu pracy pracownika i nierozwiązaniu stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z „Regulaminem dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy ” obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Rawie Mazowieckiej.**

Rawa Mazowiecka, dnia............................. podpis ..................................................................

\*niepotrzebne skreślić

*Załącznik Nr 3*

*do wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

# OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Ja, niżej podpisany/a/ ............................................. imię ojca ....................................... urodzony/a/........................................................................................... w ….................................   
zam. ................................................... leg. się dowodem osobistym seria…....numer....................

wydanym przez .....................................................................dnia ..................................................   
nr NIP .................................................., PESEL nr .......................................................................

oświadczam, że:

* Nie posiadam aktualnie zobowiązań finansowych /moje aktualne zobowiązania

finansowe z tytułu kredytów / pożyczek ( innych ……………….….) wynoszą\*

ogółem: ………..………..:, wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia …………….……………..

słownie: …………………………………………………………………………………………….

* Nie jestem/ jestem obciążony(a) \* z tytułu wyroków sądowych, administracyjnych lub

innych tytułów w wysokości..........................................................................................................

wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia ……………………………………………………….

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks Karny „za składanie fałszywych zeznań” oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawie Mazowieckiej moich danych osobowych dla celów związanych z refundacją kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku   
o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r., poz. 922).

............. ............................ dnia .......................................... ...........................................................................................

/ czytelny podpis/

*Załącznik Nr 4*

*do wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

# OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA/I

Ja niżej podpisany(a).....................................................................................................................

PESEL....................................... legitymujący(a) się dowodem osobistym nr ............................. oświadczam, że wyrażam zgodę na zwrot otrzymanych refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk/a pracy dla skierowanych/ego bezrobotnych/ego, w przypadku nie dotrzymania warunków umowy przez moją/ mojego żonę(męża).

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

## (data i podpis składającego(ej) oświadczenie)

*Załącznik Nr 5*

*do wniosku o refundację kosztów*

*wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

...................................... dnia.....................

----------------------------------------

(imię i nazwisko)

------------------------------------------

(adres zamieszkania)

**Oświadczenie wnioskodawcy**

**o otrzymanej pomocy *de minimis***

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy otrzymałem(am) /nie otrzymałem (am)\* pomocy *de minimis*.

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień uzyskania pomocy | Wartość pomocy  w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Razem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W załączeniu przedkładam wszystkie zaświadczenia o pomocy **de minimis,** uzyskanej   
w ciągu roku bieżącego i dwóch lat kalendarzowych poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*niepotrzebne skreślić

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

(podpis czytelny wnioskodawcy)

# 

# 

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks Karny „za składanie fałszywych zeznań” oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu   
są prawdziwe.**

Ja niżej podpisany /a ...................................................................imię ojca................................. urodzony /a dnia ………................................w ................................................................................

zamieszkały w ……………………………………...........................................................................

nr PESEL ................................................. legitymujący /a się dowodem osobistym serii ................ nr …….…….. wydanym przez ……......................................... dnia …………………...…………

**oświadczam, że:**

1. Jestem zatrudniony /a w ...........................................................................................................

.................................................................................................................................................. (podać pełną nazwę i adres zakładu pracy)

Umowa o pracę zawarta jest na czas nie określony/ na czas określony\* do dnia …………..

Moje przeciętne miesięczne wynagrodzenie /średnia z ostatnich 3 miesięcy/ wynosi brutto:

.................................. słownie ..................................................................................................

2. Prowadzę działalność gospodarczą ……………………………………………………........

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

(podać pełną nazwę własnej firmy)

Rozliczam się z Urzędem Skarbowym na zasadzie …………………………..………………

Moje przeciętne miesięczne dochody brutto/netto\* wynoszą .................................................

słownie ......................................................................................................................................

3. Uzyskuję dochód z tytułu ……………………………………………………...………….

miesięcznie netto/brutto\* ………….. słownie ……….……………………………….……….

4. Nie posiadam aktualnie zobowiązań finansowych /moje aktualne zobowiązania

finansowe z tytułu kredytów / pożyczek ( innych ……………….….) wynoszą\*

ogółem: ………..………..:, wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia ….………………..

słownie: …………………………………………………………………………………….

5. Nie jestem/ jestem obciążony(a) \* z tytułu wyroków sądowych, administracyjnych lub

innych tytułów w wysokości..................................................................................................

wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia ………………………………………………….

**data i czytelny podpis .....................................................................**

**Oświadczenie współmałżonka/i poręczyciela**

Ja niżej podpisany (-a) .................................................................................................................

legitymujący się dowodem osobistym seria........ nr............................wyrażam zgodę, aby mój/a współmałżonek/ka był/a poręczycielem Pani (-a)………….……………………………

w przypadku przyznania wyżej wymienionej (-mu) przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawie Mazowieckiej refundacji kosztów stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych.

**data i czytelny podpis ........................................................**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawie Mazowieckiej moich danych osobowych dla celów związanych ze wskazaną wyżej sprawą (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych Dz .U. 2016r., poz. 922)

Miejscowość ………………………………….. data…………………..………………………………..……..….

**czytelne podpisy**: **poręczyciela ……………………… współmałżonka/i ………….…………………….**

\*niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE PORĘCZYCIELA**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks Karny „za składanie fałszywych zeznań” oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

Ja niżej podpisany /a ...................................................................imię ojca................................. urodzony /a dnia ………................................w .................................................................................

zamieszkały w ……………………………………...........................................................................

nr PESEL ................................................. legitymujący /a się dowodem osobistym serii ................ nr …….…….. wydanym przez ……......................................... dnia …………………...…………

**oświadczam, że:**

1. Jestem zatrudniony /a w ...............................................................................................................

....................................................................................................................................................... (podać pełną nazwę i adres zakładu pracy)

Umowa o pracę zawarta jest na czas nie określony/ na czas określony\* do dnia ……..…………..

Moje przeciętne miesięczne wynagrodzenie /średnia z ostatnich 3 miesięcy/ wynosi brutto:

.................................. słownie .........................................................................................................

2. Prowadzę działalność gospodarczą ………………………………………..………………........

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

(podać pełną nazwę własnej firmy)

Rozliczam się z Urzędem Skarbowym na zasadzie ………………………………………….……

Moje przeciętne miesięczne dochody brutto/netto\* wynoszą ........................................................

słownie ...........................................................................................................................................

3. Uzyskuję dochód z tytułu ……………………………………………………..…...………….

miesięcznie netto/brutto\* ………….. słownie ……….………………………………...………….

4. Nie posiadam aktualnie zobowiązań finansowych /moje aktualne zobowiązania

finansowe z tytułu kredytów / pożyczek ( innych ……………….….) wynoszą\*

ogółem: ………..………..:, wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia ….…………...…………..

słownie: ………………………………………………………………………………..………….

5. Nie jestem/ jestem obciążony(a) \* z tytułu wyroków sądowych, administracyjnych lub

innych tytułów w wysokości............................................................................................................

wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia ………………………………………...……………….

**data i czytelny podpis .....................................................................**

**Oświadczenie współmałżonka/i poręczyciela**

Ja niżej podpisany (-a) .................................................................................................................

legitymujący się dowodem osobistym seria........ nr............................wyrażam zgodę, aby mój/a współmałżonek/ka był/a poręczycielem Pani (-a)…………………….……………………………

w przypadku przyznania wyżej wymienionej (-mu) przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawie Mazowieckiej refundacji kosztów stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych.

**data i czytelny podpis ........................................................**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawie Mazowieckiej moich danych osobowych dla celów związanych ze wskazaną wyżej sprawą (zgodnie z Ustawą z dnia 29 .08.1997 roku o ochronie danych osobowych Dz .U. 2016r., poz. 922)

Miejscowość ………………………………….. data…………………..………………………………..……..….

**czytelne podpisy**: **poręczyciela ……………………… współmałżonka/i ………….…………………….**

\*niepotrzebne skreślić

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

pieczęć zakładu pracy miejscowość i data

# ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Zaświadcza się, że Pan(i) .............................................................................................................

imię nazwisko

Zamieszkały(a)..............................................................................................................................

ulica nr domu nr mieszkania kod pocztowy miejscowość

Imiona rodziców...........................................................................................................................

Dowód osobisty ...........................................................................................................................

Seria i numer PESEL

Jest zatrudniony(a) w ...................................................................................................................

nazwa zakładu pracy

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

adres i nr telefonu zakładu pracy

na stanowisku.................................................................................od dnia...............................r.

Umowa na czas nieokreślony / określony\* do dnia ....................20….....r.

Wyżej wymieniony(a): nie znajduje się / znajduje się\* w okresie wypowiedzenia /próbnym\* nie jest / jest\* pracownikiem sezonowym

Zakład pracy: nie znajduje się / znajduje się w likwidacji / upadłości\*; REGON................................................................. NIP................................................................

Średnie miesięczne wynagrodzenie z ostatnich 3 miesięcy wynosi:

brutto zł............................słownie złotych....................................................................................

netto zł.............................słownie złotych.....................................................................................

Wynagrodzenie powyższe nie jest/jest\* obciążone z tytułu wyroków sądowych, administracyjnych lub innych tytułów w kwocie zł ..................................

W przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność wg przepisów prawa karnego.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia

w Powiatowym Urzędzie Pracy w Rawie Mazowieckiej.

Zaświadczenie zachowuje ważność przez 1 miesiąc od daty wystawienia.

\* niepotrzebne skreślić

............................................................................... podpis i pieczęć dyrektora zakładu lub osoby upoważnionej

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

pieczęć zakładu pracy miejscowość i data

# ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Zaświadcza się, że Pan(i) .............................................................................................................

imię nazwisko

Zamieszkały(a)..............................................................................................................................

ulica nr domu nr mieszkania kod pocztowy miejscowość

Imiona rodziców...........................................................................................................................

Dowód osobisty ...........................................................................................................................

Seria i numer PESEL

Jest zatrudniony(a) w ...................................................................................................................

nazwa zakładu pracy

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

adres i nr telefonu zakładu pracy

na stanowisku.................................................................................od dnia.................................r.

Umowa na czas nieokreślony / określony\* do dnia ....................20….....r.

Wyżej wymieniony(a): nie znajduje się / znajduje się\* w okresie wypowiedzenia /próbnym\* nie jest / jest\* pracownikiem sezonowym

Zakład pracy: nie znajduje się / znajduje się w likwidacji / upadłości\*; REGON................................................................. NIP................................................................

Średnie miesięczne wynagrodzenie z ostatnich 3 miesięcy wynosi:

brutto zł............................słownie złotych....................................................................................

netto zł.............................słownie złotych.....................................................................................

Wynagrodzenie powyższe nie jest/jest\* obciążone z tytułu wyroków sądowych, administracyjnych lub innych tytułów w kwocie zł ..................................

W przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym wystawca zaświadczenia ponosi odpowiedzialność wg przepisów prawa karnego.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia

w Powiatowym Urzędzie Pracy w Rawie Mazowieckiej.

Zaświadczenie zachowuje ważność przez 1 miesiąc od daty wystawienia.

\* niepotrzebne skreślić

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

podpis i pieczęć dyrektora zakładu lub osoby upoważnionej