..............., dnia ................................

………………………………………………………………..

/pieczątka firmowa wnioskodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy

w Ełku

**WNIOSEK NR……./2021**

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

Podstawa prawna:

1. *art. 46 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020r. poz 1409 z późn. zm.);*
2. *Rozporządzenia 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. 2017 poz. 1380 z późn. zm.);*
3. *Rozporządzenie Komisji (UE) 2019/316 z dnia 21 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1408/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 51 l z 22.02.2019, str. 1);*
4. *Rozporządzenie Komisji (UE) NR 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zastosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy w ramach de minimis (Dz. Urz. WE L 352 z 24.12.2013 r.,str.1),*
5. *Regulamin dokonywania z Funduszu Pracy Refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ełku.*
6. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. 2010 Nr.53, poz. 311 z późn. zm.).*
7. *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (**Dz. U. z 2020r. poz. 708 tekst jednolity z późn. zm.)*

* pomoc na wyposażenie stanowisk pracy
* pomoc na doposażenie stanowisk pracy

\* właściwe zakreślić

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**Wnioskodawcą jest\*:**

* podmiot prowadzący działalność gospodarczą,
* producent rolny,
* niepubliczne przedszkole,
* niepubliczna szkoła,
* żłobek lub klub dziecięcy tworzony i prowadzony przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do 3 lat), który tworzy miejsca pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć,
* podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usługi mobilne

**\*Prosimy właściwe zaznaczyć**

1. Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko i numer PESEL- w przypadku osoby fizycznej

2. Adres siedziby pracodawcy lub adres zamieszkania

Telefon (nieobowiązkowo):

fax.:

e – mail (nieobowiązkowo):

3. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy

4. Numer NIP

5. Numer REGON (jeżeli został nadany)

6. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD…………………………….

7. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

8. Data rozpoczęcia działalności

9.Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności …

..

**Uwaga! Działalność musi być prowadzona przez podmiot przez okres, co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu jej zawieszenia.**

10. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku .........................................................................

**Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **m-c/ rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba zatrudnionych osób** |  |  |  |  |  |  |

W przypadku **zmniejszenia** przez podmiot liczby pracowników w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, proszę o podanie przyczyny

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH**

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, skierowanych opiekunów lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów (liczba wnioskowanych stanowisk pracy): …….

2. Stanowiska przewidziane dla skierowanych bezrobotnych, skierowanych opiekunów lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów (nazwa) :

a) ……

b) ………...

c)

3. W przypadku posiadania swoich kandydatów proszę o uzupełnienie (imię, nazwisko, adres):

a) ……

b) ………...

c)

4. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych (opis wykonywanych czynności):

a)

b)

c)

5. Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni lub opiekunowie

a)

b)

c)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska**  **(zgodnie z klasyfikacją zawodów)\*** | **Kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów)\*** | **Liczba miejsc pracy** | **Proponowane**  **wynagrodzenie (brutto)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:

[http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci%20)

6. Czy podmiot przewiduje inwestycje w rozwój zawodowy skierowanego bezrobotnego (kursy, szkolenia) …..

7. Miejsce zatrudnienia bezrobotnych:

8. Informacja o wymiarze czasu pracy……………………………………………………………………

9. Godziny pracy (zmianowość): …………..

1. **OPIS PROJEKTOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA**

**1. Krótki opis przedsięwzięcia z uzasadnieniem utworzenia stanowiska**:

**2. Dane dotyczące planowanych kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy:**

1 ............................................................................. ...........................

/nazwa stanowiska/ /kwota/

2 .............................................................................. ...........................

/nazwa stanowiska/ /kwota/

3 .............................................................................. ...........................

/nazwa stanowiska/ /kwota/

**Ogółem wysokość wnioskowanej kwoty:** ..............................

**4. Kalkulacja wszystkich wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa stanowiska** | **Rodzaj zakupu** | **Finansowanie** | | | **Wartość ogółem** |
| **Środki własne** | **Środki z FP** | **Inne źródła** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** | | |  |  |  |  |

**5. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj zakupu | **Parametry techniczne** | Ilość **(sztuki, m2, itp.)** | Kwota doposażenia/ wyposażenia | Uzasadnienie |
| **Środki trwałe:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Urządzenia maszyny:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Inne:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii

\* niepotrzebne skreślić

**6. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji\*:**

1. weksel z poręczeniem
2. poręczenie
3. zastaw na prawach lub rzeczach
4. gwarancja bankowa
5. blokada środków na rachunku bankowym
6. akt notarialny o podaniu się egzekucji przez dłużnika

*\* zakreślić właściwe*

W przypadku poręczenia lub weksla z poręczeniem wekslowym proponuję poręczyciela :

- Nazwisko i imię poręczyciela / nazwa firmy

- Adres zamieszkania / siedziba

- Miesięczny dochód brutto

- Nazwisko i imię współmałżonka poręczyciela / nazwa firmy

- Adres zamieszkania / siedziba

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.} oświadczam, że dane zwarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

(data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

**IV. DANE EKONOMICZNE PRZEDSIĘBIORSTWA ZA OKRES TRZECH OSTATNICH LAT:**

ROK……………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AKTYWA** | | **PASYWA** | |
| **Wyszczególnienie** | **Kwota w zł** | **Wyszczególnienie** | **Kwota w zł** |
| Środki trwałe |  | Kapitał właściciela |  |
| Zapasy |  | Kredyty |  |
| Należności z tytułu dostaw i usług |  | Zobowiązania z tytułu dostaw i usług |  |
| Środki pieniężne |  | Zobowiązania budżetowe |  |
| Inne należności |  | Inne zobowiązania |  |
| **Razem aktywa** |  | **Razem pasywa** |  |

ROK……………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AKTYWA** | | **PASYWA** | |
| **Wyszczególnienie** | **Kwota w zł** | **Wyszczególnienie** | **Kwota w zł** |
| Środki trwałe |  | Kapitał właściciela |  |
| Zapasy |  | Kredyty |  |
| Należności z tytułu dostaw i usług |  | Zobowiązania z tytułu dostaw i usług |  |
| Środki pieniężne |  | Zobowiązania budżetowe |  |
| Inne należności |  | Inne zobowiązania |  |
| **Razem aktywa** |  | **Razem pasywa** |  |

ROK……………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AKTYWA** | | **PASYWA** | |
| **Wyszczególnienie** | **Kwota w zł** | **Wyszczególnienie** | **Kwota w zł** |
| Środki trwałe |  | Kapitał właściciela |  |
| Zapasy |  | Kredyty |  |
| Należności z tytułu dostaw i usług |  | Zobowiązania z tytułu dostaw i usług |  |
| Środki pieniężne |  | Zobowiązania budżetowe |  |
| Inne należności |  | Inne zobowiązania |  |
| **Razem aktywa** |  | **Razem pasywa** |  |

**Wypełniają wnioskodawcy prowadzący uproszczoną księgowość**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **rok…….** | **rok…….** | **rok…….[[1]](#footnote-1)** |
| **A** | **Przychody ogółem** |  |  |  |
| **B** | **Koszty ogółem** |  |  |  |
| **C** | **Dochód (strata) brutto** |  |  |  |
| **D** | **Dochód netto** |  |  |  |

**Dokumenty wymagane do wniosku :**

1. Oświadczenie o niezmniejszaniu wymiaru czasu pracy (Załącznik nr 1);
2. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Wnioskodawcy i małżonka Wnioskodawcy oraz Poręczyciela i współmałżonka Poręczyciela (załączniki 2 i 3);
3. Dokument określający osoby reprezentujące podmiot gospodarczy upoważnione do zawierania umów np.: umowa spółki, statut organizacyjny;
4. Deklaracje DRA ZUS potwierdzające zatrudnienie pracowników za ostatnie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
5. Dotyczące zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji na wyposażenie stanowiska pracy:

- **w przypadku weksla z poręczeniem i poręczenia:**

**w przypadku poręczycieli pracujących -** zaświadczenie o miesięcznych dochodach przez nich osiąganych wystawione przez pracodawcę,

**w przypadku poręczycieli prowadzących działalność gospodarczą** – oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, oświadczenie o nie zaleganiu z zapłatą zobowiązań podatkowych oraz deklaracje PIT za ostatni rok potwierdzoną przyjęciem przez Urząd Skarbowy **(do wglądu).**

- **w przypadku blokady rachunku bankowego**:

oświadczenie wskazujące na stan środków finansowych proponowanych do zabezpieczenia, zgodę właściciela na dokonanie blokady na wskazanym rachunku – w przypadku, gdy właścicielem rachunku jest osoba trzecia oraz zaświadczenie z banku, w którym są zdeponowane środki do zabezpieczenia o możliwości dokonania bezterminowej, bezwarunkowej i nieodwołalnej blokady środków w proponowanej wysokości.

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;**
2. **Zaświadczenia lub oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**

**Do wniosku o refundację producent rolny dołącza również:**

1. oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego 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. dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

**UWAGA !**

**Wnioski niekompletne i nieprawidłowo sporządzone pozostaną**

**BEZ ROZPATRZENIA!!!!**

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczątką imienną oraz podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy.**

**KONTAKT Z URZĘDEM**

tel. (**087) 629 02 27; (087) 629 02 28; 512 084 280; 512 280 680; 512 306 025; 512 511 233**

1. **Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia Oświadczam, że:**
2. Prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019r. poz. 1292 i 1495 oraz z 2020r. poz. 424 i 1086), przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności a w przypadku przedszkola lub szkoły - prowadzenia działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
3. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych , Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. Nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
5. Nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. Nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (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. wypełniłem obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 13 i 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych wobec osób, których dane osobowe przekazuję w niniejszym wniosku.
8. że na dzień złożenia wniosku w sprawie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ełku nie orzeczono wobec mnie zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) w związku z art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 roku *o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z dnia 6 lipca 2012r., poz. 769).

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

(data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą.**

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

(data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

*Załącznik nr 1*

*Oświadczenie o niezmniejszaniu wymiaru czasu pracy*

**Oświadczenie**

**Ja niżej podpisany/a ……….…………………………………………………………………………………….**

**(imię i nazwisko)**

**Stanowisko ……………………….……………………………………………………………………………….**

**(nazwa stanowiska)**

**reprezentujący firmę ……….…………………………………………………………………………………….**

**świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań**

**oświadczam że[[2]](#footnote-2),**

w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie rozwiązałem i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników oraz nie zmniejszyłem i nie zmniejszę wymiaru czasu pracy pracownika.

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

(miejscowość , data) (podpis)

w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji nie rozwiązałem i nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia przez pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników oraz obniżyłem lub zamierzam obniżyć wymiar czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020r. 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.) lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ww. ustawy.

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

(miejscowość , data) (podpis)

**VI. OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS**:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

**- w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych otrzymałem / nie otrzymałem\* pomocy de minimis w następującej wielkości:**

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenie(a) o otrzymanej pomocy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro**  **netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | |  |  |

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

(miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

***Uwaga:***

***W przypadku gdy Wnioskodawcą jest Spółka Cywilna należy wypełnić oświadczanie o otrzymanej wielkości pomocy, zarówno wystawionej na Spółkę jak i na wszystkich wspólników osobno.***

**Oświadczenie Poręczyciela**

**Ja niżej podpisany/a**....................................................................................................................................................

(imię i nazwisko poręczyciela)

Nr PESEL ……………………………

zamieszkały(a).........................................................................................................................................................

(podać dokładny adres poręczyciela)

legitymujący się dowodem osobistym ……………….………… wydanym przez…………………………............

(seria numer)

……………………………………………………….

(data wydania)

**świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań**

oświadczam

iż źródłem mojego dochodu jest:

umowa o pracę/ zlecenie/ emerytura/dochody z tytułu prowadzenia własnej działalności / inne\*;

jestem zatrudniony/a w (nazwa zakładu pracy):

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

na podstawie umowy o pracę, zawartej w dniu ................................................. na czas nieokreślony/określony\*, do dnia ..........................................

Średnie moje miesięczne dochody z ostatnich 3 m- cy wynoszą:

brutto...................................... słownie:....................................................................................................

i nie są obciążone/są obciążone\* zobowiązaniami finansowymi egzekucyjnymi

w kwocie ogółem.................................. słownie ………………………………………………………..

miesięczna spłata zadłużenia wynosi….…..……… słownie…………………………………………....

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

(miejscowość , data) (podpis)

\*niepotrzebne należy skreślić

*Załącznik nr 2*

*Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Wnioskodawcy i małżonka Wnioskodawcy\**

Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ełk, ul. Suwalska 38, tel. 87 629 02 00, Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres mailowy [sekretariat@pup.elk.pl](mailto:sekretariat@pup.elk.pl), tel. 87 629 02 00 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można skontaktować się poprzez e-mail: [iod@pup.elk.pl](mailto:iod@pup.elk.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora

Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. a, b i e 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 s.1) – „RODO”.

Celem przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy oraz wskazanych we wniosku danych współmałżonka i poręczycieli, jest rozpatrzenie wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, podpisanie umowy w tej sprawie, jej realizacja i dochodzenie wzajemnych roszczeń z tego tytułu. Podanie danych jest wymogiem przepisów prawa i warunkiem zawarcia umowy, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy. Dane są również przetwarzane w celu monitoringu zawartej umowy, w celu statystycznym i archiwalnym.

Podanie danych teleadresowych: numerów telefonu, e-mail, faxu, oparte jest na zgodzie na przetwarzanie danych osobowych Podanie danych jest dobrowolne, a ich nie podanie nie skutkuje negatywnym rozpatrzeniem wniosku. Kontakt z Państwem będzie realizowany wyłącznie poprzez podany adres tradycyjny.

Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do dostępu do swoich danych osobowych, usunięcia, sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Osoba, której dane dotyczą ma również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku przetwarzania danych osobowych niezgodnie z RODO.

Odbiorcami danych osobowych są organy, instytucje i podmioty uprawnione do tego z mocy prawa lub których działanie jest niezbędne do realizacji celów przetwarzania. Dane osobowe powierzane są także podmiotom obsługującym systemy i programy informatyczne PUP w Ełku, zobowiązanym do powyższego na podstawie zawartych umów powierzenia danych osobowych i dającym rękojmię prawidłowego ich przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Kryteria okresu przechowywania danych osobowych ustalane są w zależności od spełnienia się celu, w którym zostały zebrane i okresu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. Maksymalny okres przechowywania określa ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 217 ze zm.).

...…………………………………….

(podpis Wnioskodawcy)

………………………………………

(podpis małżonka Wnioskodawcy)*Załącznik nr 3*

*Informacja o przetwarzaniu danych osobowych Poręczyciela i małżonka Poręczyciela \**

Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ełk, ul. Suwalska 38, tel. 87 629 02 00, Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres mailowy [sekretariat@pup.elk.pl](mailto:sekretariat@pup.elk.pl), tel. 87 629 02 00 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można skontaktować się poprzez e-mail: [iod@pup.elk.pl](mailto:iod@pup.elk.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora

Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. a, b i e 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 s.1) – „RODO”.

Celem przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy oraz wskazanych we wniosku danych współmałżonka i poręczycieli, jest rozpatrzenie wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, podpisanie umowy w tej sprawie, jej realizacja i dochodzenie wzajemnych roszczeń z tego tytułu. Podanie danych jest wymogiem przepisów prawa i warunkiem zawarcia umowy, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy. Dane są również przetwarzane w celu monitoringu zawartej umowy, w celu statystycznym i archiwalnym.

Podanie danych teleadresowych: numerów telefonu, e-mail, faxu, oparte jest na zgodzie na przetwarzanie danych osobowych Podanie danych jest dobrowolne, a ich nie podanie nie skutkuje negatywnym rozpatrzeniem wniosku. Kontakt z Państwem będzie realizowany wyłącznie poprzez podany adres tradycyjny.

Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do dostępu do swoich danych osobowych, usunięcia, sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Osoba, której dane dotyczą ma również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku przetwarzania danych osobowych niezgodnie z RODO.

Odbiorcami danych osobowych są organy, instytucje i podmioty uprawnione do tego z mocy prawa lub których działanie jest niezbędne do realizacji celów przetwarzania. Dane osobowe powierzane są także podmiotom obsługującym systemy i programy informatyczne PUP w Ełku, zobowiązanym do powyższego na podstawie zawartych umów powierzenia danych osobowych i dającym rękojmię prawidłowego ich przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Kryteria okresu przechowywania danych osobowych ustalane są w zależności od spełnienia się celu, w którym zostały zebrane i okresu przedawnienia roszczeń z tego tytułu. Maksymalny okres przechowywania określa ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 217 ze zm.).

...…………………………………….

(podpis Poręczyciela)

………………………………………

(podpis małżonka Poręczyciela)

*\*jeśli dotyczy*















1. Należy wypełnić za 3 ostatnie zamknięte lata obrotowe [↑](#footnote-ref-1)
2. Wnioskodawca podpisuje jedno z oświadczeń dotyczących zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracowników [↑](#footnote-ref-2)