………………………………………………….…

(pieczątka firmowa Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 k.k. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podmiot, który reprezentuję/-my w dniu złożenia wniosku o zwrot dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych:**

1. **Nie zalega/zalega\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem
w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. **Nie zalega/zalega\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych, w tym z opłatami wobec Urzędu Skarbowego z tytułu zobowiązań podatkowych;
3. **Nie posiada/posiada**\*nieuregulowane zobowiązania wynikającymi z tytułu zawartych umów cywilnoprawnych;
4. Jest podmiotem, w stosunku do którego **toczy/nie toczy się\*** postępowanie upadłościowe i **został/nie został\*** złożony wniosek o jego likwidację;
5. W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty **został/nie został\*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jest/nie jest\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
6. W okresie 24 miesięcy przed złożeniem wniosku **był/nie był\*** karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu;
7. **Prowadzi/nie prowadzi\* działalność/-ści gospodarczą/-czej** **i posiada/nie posiada\* status przedsiębiorcy** w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 z późn. zm.);
8. **Jest/nie jest\* beneficjentem** pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 708 z późn. zm.) tzn. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania;
9. **Spełnia/nie spełnia\*** warunki do otrzymania pomocy na rekompensatę dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych określone w rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014);
10. **Spełnia** warunki określone w:

- art. 26d ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r.poz. 426, z późń.zm.).;

- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie zwrotu dodatkowych kosztów związanych z zatrudnianiem pracowników niepełnosprawnych Dz.U. z 2014r. poz. 1987;

1. **Prowadzi/nie prowadzi\*** działalność/-ści gospodarczą/-czej w rozumieniu art. 2.17\*\* ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publiczne (tekst jednolity Dz.U.2020 poz.708);
2. **Wyraża zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez PUP dla MT, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz zawarciem i realizacją umowy, o której mowa w w/w rozporządzeniu MPiPS;
3. **Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia PUP dla MT jeżeli w okresie od dni złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z PUP dla MT zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**

 ……..………………………………………………………….

(data, podpis osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym )

\* niepotrzebne skreślić

\*\* działalność gospodarcza – należy przez to rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej

…………………………………………

(pieczątka firmowa Wnioskodawcy)

**Oświadczenie Pracodawcy o wysokości otrzymanej pomocy *de minimis***

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego:**

**1. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat:**

**□** otrzymałem środki stanowiące pomoc *de minimis*\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą publiczną, w wysokości …………………. zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **organ udzielający pomocy** | **podstawa prawna** | **dzień udzielenia pomocy** | **wartość pomocy w euro** | **numer programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **łącznie** |  |  |

□ nie otrzymałem środków stanowiących pomoc *de minimis*\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą publiczną.

2. **Oświadczam, że:**

 □ otrzymałem inną pomoc publiczną\*

 □ nie otrzymałem innej pomocy publicznej\*

 w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc publiczna.

3. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskaniu pomocy *de minimis* lub pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy dla Miasta Torunia taką pomoc otrzymam.

………………………… …………………………………………

(miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy)

\* zaznaczyć właściwe