**Załącznik nr 2C**

do wniosku o refundację kosztów

wyposażenia i doposażenia

stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE**

**PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO, ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO**

dotyczy przedsiębiorstwa społecznego prowadzącego działalność gospodarczą bezpośrednio związaną ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych oraz żłobka lub klubu dziecięcego tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadającego osobowości prawnej, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć

1. **Nie zalegam** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenia zdrowotne, opłacaniem innych danin publicznych.
2. **Nie byłem** w okresie ostatnich 2 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
3. **Nie posiadam** na dzień złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. **Nie zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy pracownika i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy\* w okresie ostatnich 6 miesięcy (bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku).
5. **Uzupełniłem** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy, w przypadku wystąpienia zmniejszenie z innych przyczyn niż z przyczyn dotyczących zakładu pracy\*.
6. **Nie zmniejszę** wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy\*, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn **uzupełnię** do dnia podpisania umowy.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………….………………………..……….

(data, pieczątka i podpis wnioskodawcy)

Przyczynach dotyczących zakładu pracy – oznacza to:

1. rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,
2. rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,
3. wygaśnięcie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,
4. rozwiązanie stosunku pracy, spółdzielczego stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 i 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy;

Zapoznałem się i **spełniam warunki,** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023).

Oświadczam, że w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*(odpowiednie zaznaczyć)*

**□ otrzymałem** pomoc *de minimis*

□ **nie otrzymałem** pomocy *de minimis*

**W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* proszę wypełnić poniższą tabelę**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Wartość**  **pomocy w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |
| Wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis*. | | | | | |

Powyższe dane potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………….………………………..……….

(data, pieczątka i podpis wnioskodawcy)