**POWIATOWY URZĄD PRACY W KOŃSKICH**

**ul. Stanisława Staszica 2**

**26-200 Końskie**

Nr wniosku ….........../2024 rok

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA**

**LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

* W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o jego dokładne przeczytanie. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość   
  jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia i podjęcia przez Urząd właściwej decyzji.
* Wniosek powinien być prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych załączników.
* Wniosek należy wypełnić czytelnie, ręcznie lub komputerowo, na obowiązujących formularzach, bez zmiany szaty graficznej.
* Wszystkie pozycje we wniosku należy wypełnić, w przypadku gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”.
* Od negatywnego stanowiska urzędu nie przysługuje odwołanie.

1. **DANE WNIOSKODAWCY:** (zaznaczyć w oparciu o Regulamin dokonywania refundacji kosztów wyposażenia   
   lub doposażenia stanowiska pracy obowiązujący w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich – Rozdział II   
   Postanowienia Ogólne)

* **podmiot**
* **niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła,**
* **producent rolny**
* **żłobek lub klub dziecięcy**
* **podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne**

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej:

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

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

1. Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania (zgodnie z wpisem w CEIDG, KRS lub innymi dokumentami rejestrowymi):

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

1. Miejsce wykonywania pracy przez ***skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna, skierowanego poszukującego pracy absolwenta*** (zgodnie z wpisem w CEIDG, KRS lub innymi dokumentami rejestrowymi):

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

4. **Wnioskowana kwota refundacji ………………………………………………….………….…………zł (brutto)**

Słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………

(należy wpisać kwotę w zaokrągleniu do pełnych złotych)

W ramach w/w środków doposażę lub wyposażę …………………………………..…..stanowisko/a pracy dla  
(ilość stanowisk pracy)

………………………………………………………………………………………………………………………… (wpisać nazwę tworzonych stanowisk pracy)

w wymiarze czasu pracy: pełny etat ½ etatu inny (jaki) …………….

*Podmiot, producent rolny, niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła zatrudnia skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy, opiekuna co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy.*

*Żłobek lub klub dziecięcy oraz podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne zatrudnia skierowanego bezrobotnego, opiekuna   
lub poszukującego pracy absolwenta, co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy (przy czym kwota refundacji jest proporcjonalna   
do wymiaru czasu pracy zatrudnionego pracownika).*

5. Numer telefonu firmy ................................................................

6. Tel. komórkowy............................................................................

7. Adres do doręczeń elektronicznych: ………………………………………………………………………………..

8. PESEL (dotyczy osób fizycznych)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

9. NIP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

10. REGON: …………....………………………………………….

11. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności - zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD 2007)

- Kod PKD wiodący (wraz z opisem):..………………………………………………………………………………..

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

- Kod / Kody PKD związany z tworzonym stanowiskiem pracy (wraz z opisem): …………………………………..

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

12. Numer konta wnioskodawcy – bank ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

13. Forma prawna prowadzonej działalności………………………………………………………………………….

14. Forma rozliczenia z Urzędem Skarbowym ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………. stawka podatkowa……………………..……..%

15. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej…………….…………………………………………

16. Rodzaj prowadzonej działalności: ……………………………………………………………………….………

17. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby reprezentującej wnioskodawcę (w przypadku działania  
 pełnomocnika należy wskazać czynności co do których działania jest upoważniony – załączyć stosowny   
 dokument):

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

18. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w poszczególnych   
 6 miesiącach bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do stanu zatrudnienia nie zalicza się osób zatrudnionych w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło oraz uczniów odbywających praktyki zawodowe).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc i rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników** | **Liczba**  **zatrudnionych**  **pracowników**  **w przeliczeniu**  **na pełny wymiar czasu pracy** | **Przyczyny obniżenia wymiaru czasu pracy pracownika/**  **rozwiązania stosunku pracy z pracownikiem** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

19. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku .................................

1. **DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO MIEJSCA PRACY**
2. Rodzaj pracy i zakres czynności zawodowych wykonywanych przez skierowaną osobę na tworzonym stanowisku pracy **(*szczegółowy opis realizowanych zadań*)**:

- …………………………………………………………………………….………………………......…………

- ……………………………………………………………………………………………………......………….

- ………………………………………………………………………………………………….…......…………

2. Dane dotyczące tworzonego stanowiska pracy:

* **nazwa i kod zawodu** (według klasyfikacji zawodów ispecjalności *)* ***-***  <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/>

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

* **planowany termin utworzenia stanowisk pracy**: …...............................................................................................

**Wymagania pracodawcy wobec kandydatów na tworzone stanowisko pracy:**

* **minimalne wykształcenie** ........................................................................................................................................
* **kierunek/specjalność** ...............................................................................................................................................
* **wymagane kwalifikacje (uprawnienia)** .................................................................................................................

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

* **doświadczenie zawodowe na danym stanowisku pracy** .......................................................................................
* **Inne** ….......................................................................................................................................................................

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

1. **DANE DOTYCZĄCE WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania.

| **Lp.** | **Stanowisko pracy** | **Środki własne** | **Środki z Funduszu Pracy** | **Inne środki** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |  |

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

Nie dopuszcza się zakupu rzeczy używanych, których zakup był sfinansowany ze środków publicznych.

Decyzje dotyczące przeznaczenia przyznanej refundacji powinny być przemyślane i podjęte po zapoznaniu   
się z dostępnością produktów na rynku. Należy wskazać właściwą nazwę urządzenia, sprzętu, maszyny oraz cenę.

Poniższa tabela powinna być wypełniona osobno dla każdego z poszczególnych stanowisk pracy.

**W przypadku wpisania X** w powyższej tabeli – należy dołączyć ofertę cenową sprzętu nowego   
 oraz używanego, zawierającą informację o posiadaniu podobnych parametrów technicznych.

W przypadku zakupu rzeczy używanych wymagana będzie m.in. wycena rzeczoznawcy dostarczona

przed terminem zawarcia umowy – szczegółowe informacje w Regulaminie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Szczegółowa specyfikacja wydatków** | **Cena brutto** | **Zaznaczyć X  w przypadku zamiaru zakupu sprzętu używanego\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |

**Uzasadnienie** (należy uzasadnić konieczność poniesienia planowanych wydatków wyszczególnionych   
w specyfikacji wydatków). Należy opisać sposób wykorzystania na danym stanowisku pracy.

Ad 1 ……………………………………………………………………………………………………………….…

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

Ad 2 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 3 …………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 4 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 5 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 6 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 7……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 8 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 9 ……………………………………………………………………………………………………………………

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

Ad 10 …………………………………………………………………………………………………………………

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

Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy jest dokonywana przez Starostę, na wniosek podmiotu, **po przedłożeniu** **rozliczenia zawierającego zestawienie kwot wydatkowanych od dnia zawarcia umowy o refundację na poszczególne wydatki ujęte w specyfikacji oraz po stwierdzeniu utworzenia stanowiska pracy, jego wyposażenia lub doposażenia i zatrudnieniu na tym stanowisku skierowanej osoby.**

WYDATKI

ZWIĄZANE Z TWORZENIEM REFUNDOWANEGO STANOWISKA PRACY

PONIESIONE NA DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * **Wymienić posiadane maszyny i urządzenia** * **Nakłady poniesione na stworzenie miejsca pracy: zakup lub adaptacja lokalu** * **wymienić zakres prac, przeprowadzone remonty** | **Ilość** | **Wysokość poniesionych kosztów, przybliżona wartość maszyn  lub urządzeń** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  |

INFORMACJA DOTYCZĄCA WSPÓŁPRACY Z URZĘDEM

Czy wnioskodawca ubiegający się o refundację w ciągu roku poprzedzającego dzień złożenia wniosku korzystał   
ze środków Funduszu Pracy lub Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach poniższych form aktywizacji?

* TAK
* NIE

Jeśli TAK, to w jakiej formie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma aktywizacji** | **Ilość osób** | **Nr umowy/Rok** | **Liczba osób zatrudnionych  po zakończeniu realizacji umowy** |
| Staż |  |  |  |
| Prace interwencyjne |  |  |  |
| Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej |  |  |  |
| Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy |  |  |  |
| Inne (wymienić) |  |  |  |

1. **FORMY ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI (NALEŻY ZAZNACZYĆ WYBRANĄ FORMĘ)**

* **Weksel z poręczeniem wekslowym (aval)**

**–** min. 2 poręczycieli spełniających warunki zawarte w Regulaminie

* **Weksel in blanco** (wybierając tę formę jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia)
* **Blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym –** wartość zabezpieczenia musi wynosić   
  co najmniej 130% kwoty przyznanej dotacji i spełniać warunki zawarte w Regulaminie

**………………………………………………………………………………………………………….……………**

**……………………………………………………………………………………………………………..………...**

proszę podać nazwę banku, właściciela rachunku płatniczego

* **Gwarancja bankowa –** należy zabezpieczyć 140 % przyznanej kwoty. Gwarancja bankowa dokonywana   
  jest po zawarciu umowy, na podstawie zapisów w niej określonych.
* **Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika –** (wybierając tę formę jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia)
* **Poręczenie**
* **Zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach**

**Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku do wybranej formy zabezpieczenia należy dołączyć wymagane**

**dokumenty wskazane i omówione w Regulaminie dokonywania refundacji kosztów wyposażenia   
lub doposażenia stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich.**

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

**Podmiot, niepubliczne przedszkole, niepubliczna szkoła, żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne** oświadcza, że:

**1. prowadzę** działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej,   
a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzę działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;

**2. nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot, przedszkole, szkołę, 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 zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;

**3. nie obniżyłem(am)** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji\*;

**4. nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

**5. nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;

**6. nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

**7. 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;

**8. zapoznałem(am)** się i spełniamwarunki, o których mowa w rozporządzeniu MRPiPS 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 z późn. zm. oraz w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu   
Unii Europejskiej do pomocy de minimis;

**9. nie podlegam karze zakazu** dostępu do środków, na podstawie ustawy z dnia 15.06.2012r.  
 o skutkach powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium  
 Rzeczypospolitej Polskiej, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r.   
 o finansach publicznych;

**10. zapoznałem(am)** się z Regulaminem dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia

stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich i spełniam warunki w nim określone;

**11.** **zapoznałem(am)** się z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych

osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie

z ustawą z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych ;

**12. jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Data,

(Podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Uwaga:** W przypadku spółki cywilnej powyższe oświadczenia podpisują wszyscy wspólnicy.

\* Niepotrzebne skreślić

**Producent rolny** oświadcza, że:

* 1. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez producenta rolnego albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
  2. **nie obniżyłem(am)** wymiaru czasu pracy pracownika w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz zobowiązuję się do spełnienia powyższych warunków w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji\*;
  3. **posiadam** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny 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;
  4. **złożę** 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;

* 1. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy,   
     Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
  2. **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
  3. **nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
  4. **nie byłem karany** 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;

**10. zapoznałem(am)** się i spełniamwarunki, o których mowa w rozporządzeniu MRPiPS 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 z późn. zm. oraz w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu   
Unii Europejskiej do pomocy de minimis;

**11. nie podlegam karze zakazu** dostępu do środków, na podstawie ustawy z dnia 15.06.2012r.  
 o skutkach powierzenia wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium  
 Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2021.1745), o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy   
 z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;

**12. zapoznałem(am)** się z Regulaminem dokonywania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia  
 stanowiska pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich i spełniam warunki w nim określone;

**13. zapoznałem(am)** się z klauzulą informacyjną zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych;

**14**. **jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Data, ………………………………..…

(Podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania producenta rolnego)

\* Niepotrzebne skreślić

**ZAŁĄCZNIKI do wniosku :**

1. Kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy tj. aktualny wpis   
   do ewidencji działalności gospodarczej *-* **system CEIDG**, aktualny KRS (w przypadku spółek dodatkowo umowę spółki) lub inne w zależności od rodzaju wnioskodawcy.
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia wnioskodawcy – zaświadczenie o wpisie   
   do ewidencji szkół i placówek niepublicznych - **dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły.**
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia wnioskodawcy – zaświadczenie o wpisie   
   do Rejestru żłobków i klubów dziecięcych - **dotyczy żłobków i klubów dziecięcych.**
4. Kserokopia statutu niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły, żłobka lub klubu dziecięcego   
   z adnotacją wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentacji o aktualności danych w nim zawartych   
   na dzień złożenia wniosku – **dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej szkoły, żłobka   
   lub klubu dziecięcego.**
5. 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 – **dotyczy producenta rolnego.**
6. Oświadczenie o niezaleganiu z opłacaniem składek w ZUS/KRUS oraz niezaleganiu w Urzędzie Skarbowym - załącznik nr 1.
7. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis – załącznik nr 2.
8. Oświadczenie **–**załącznik nr 3.
9. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – załącznik nr 4.
10. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 5.
11. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę – załącznik nr 6 (**dotyczy producenta rolnego)**
12. Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć - **dotyczy żłobków lub klubów dziecięcych** – załącznik nr 7.
13. Oświadczenie o świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych - **dotyczy podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne** – załącznik nr 8.

Załącznik nr 1

…………………………………………………...

Imię i Nazwisko

………………………………………………………..….

Adres zamieszkania

………………………………..………………………….

PESEL

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą od dnia ……………………………........................................

w formie …………………………………………………………………………..….. i na dzień …………...........

(jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka , inne )

* 1. nie posiadam zaległości podatkowych / posiadam zaległości podatkowe 1
  2. nie zalegam / zalegam w opłacaniu składek w ZUS / KRUS 1

Oświadczam, że z tytułu prowadzonej przeze mnie działalności osiągnąłem/am

1. dochód za 2023 r. w wysokości ……………………………………………………..
2. przeciętny miesięczny dochód za 2023 r. .………………………………………….

Oświadczam, że mój stan cywilny to 2:

Panna/kawaler

Mężatka/żonaty

Rozwiedziona/rozwiedziony

Wdowa/wdowiec

Osoba będąca w związku małżeńskim, posiadająca rozdzielność majątkową

Osoba będąca w związku małżeńskim, posiadająca prawomocny wyrok sądu o separacji

1 niewłaściwe wykreślić

2 właściwą odpowiedź zakreślić krzyżykiem

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte  
w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych  
(Dz.U. z 2019r. poz. 1781).

**Uwaga: W przypadku spółki cywilnej powyższe oświadczenie wypełniają wszyscy wspólnicy.**

….……………………………………….

Data, podpis i pieczątka Wnioskodawcy

Załącznik 2

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

|  |
| --- |
| **Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 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)** |
| Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis |

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, iż

󠆰 w okresie trzech poprzedzających lat\* nie uzyskałem pomocy de minimis   
 oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

󠆰 w okresie trzech poprzedzających lat \* uzyskałem pomoc de minimis   
 oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

|  |
| --- |
|  |

w PLN 󠆰

|  |
| --- |
|  |

w EUR

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

**Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji**

**Imię i nazwisko …………………………………………….…………………………………………………...**

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

**Data i podpis Pracodawcy /Wnioskodawcy/ …………………………………………………………..…**

*data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania*

*Pracodawcy /Wnioskodawcy/*

\**Zgodnie z art. 3 ust. 2 rozporządzenia 2023/2831, całkowita kwota pomocy de minimis przyznanej przez jedno państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu nie może przekroczyć 300 000 EUR w okresie 3 lat, przy czym, zgodnie z pkt 11 preambuły do ww. rozporządzenia, „dla każdego przypadku przyznania nowej pomocy   
de minimis należy uwzględnić całkowitą kwotę pomocy de minimis przyznaną w ciągu minionych trzech lat”.*

*Oznacza to, że obecnie do ustalania dostępnego przedsiębiorstwu limitu pomocy de minimis bierze się pod uwagę* ***3 minione lata****, a nie rok bieżący oraz 2 ostatnie lata podatkowe (3 minione lata należy rozumieć w ten sposób,   
że jeśli na przykład pomoc de minimis była udzielona 5 stycznia 2024 r., uwzględnieniu podlegała pomoc   
de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona przedsiębiorstwu począwszy od 5 stycznia 2021 r. do 5 stycznia 2024 r. włącznie)* – Źródło inf.: *https://uokik.gov.pl/nowe-zasady-pomocy-de-minimis#\_ftn1.*

Załącznik 3

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu**  **Imię i Nazwisko** |  |
| **Adres podmiotu**  (kod, miejscowość, ulica, nr lokalu) |  |
| **NIP** |  |

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że nie jestem wpisany oraz podmiot, który reprezentuję nie jest wpisany   
na listę osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 roku o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (DZ.U. z 2022 r., poz. 835) zwaną dalej „listą” prowadzoną przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.**

**Lista jest publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw wewnętrznych:**

[**https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami**](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione   
z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Końskich w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

*(miejscowość i data) (podpis osoby upoważnionej)*

|  |
| --- |
| *Wypełnia pracownik PUP:* |

*W/w podmiot figuruje/nie figuruje na liście sankcyjnej znajdującej się na stronie BIP MSWiA:*

[***https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami***](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

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

*(miejscowość i data) (podpis pracownika PUP)*

Załącznik nr 4

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego (wypełnia pracodawca)** | | | | | | | | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy:   ………………………………………………………………………………………… | | | | | 1. Adres pracodawcy:   ulica ………………………………………………………………….  miejscowość ………………………………………………………….  gmina …………………………………………………………………  kod pocztowy …………………………………………………………  telefon/fax. ……………………………………………………………  adres e-mail (jeżeli posiada) ………………………………………….  ………………………………………………………………………… | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę, telefon  lub e-mail ……………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………….… | | | | |
| 1. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów w sprawie oferty  pracy, telefon lub e-mail ………………………………………………………...…… ………………………………………………………………………………………… | | | | |
| 1. Preferowana forma kontaktu kandydatów  z pracodawcą \* 2. osobista 3. telefoniczna 4. e-mail 5. inna: …………………… | | 1. Forma prawna prowadzonej działalności \* 2. osoba prawna 3. spółka (jaka?)…………..… 4. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą 5. przedsiębiorstwo państwowe 6. jednostka organizacyjna nie mająca osobowości prawnej 7. inna (jaka?) ……………………… | | |
| 1. Pracodawca jest „Agencją zatrudnienia” zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej \*   TAK / NIE | | | | | |
| 1. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)  ………………………………………… | |
| 1. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD: ……………… …… | | | | | |
| 1. Numer statystyczny pracodawcy (REGON) ………………………………………… | | 1. Liczba zatrudnionych pracowników: …………… | | | | | |
| **II. Informacje dotyczące zgłaszanego miejsca zatrudnienia (wypełnia pracodawca)** | | | | | | | | | | |
| 1. Nazwa zawodu:   …………………………………………  Kod zawodu: … … … … … …  wg klasyfikacji zawodów i specjalności | 13. Nazwa stanowiska:  …………………………………………………  ………………………………………………… | | | | 14. Liczba wolnych miejsc pracy : ……  w tym dla osób niepełnosprawnych: …… | | | | 15. Wnioskowana liczba kandydatów:  ………… | |
| 1. Adres miejsca wykonywania pracy:   …………………………………………………………………… | | | | | |
| 17. Ogólny zakres obowiązków:  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  ………………………………………… | 1. Rodzaj umowy stanowiącej podstawę wykonywania pracy \* 2. umowa o pracę na okres próbny 3. umowa o pracę na czas określony 4. umowa o pracę na czas nieokreślony 5. umowa na zastępstwo 6. umowa o dzieło 7. umowa zlecenia 8. inna (jaka?) ………………………… | | | | 1. System i rozkład czasu pracy \* 2. jedna zmiana 3. dwie zmiany 4. trzy zmiany 5. ruch ciągły 6. inny: ………………………   godz. pracy: od …… do …… | | | | 1. Wymiar czasu pracy \* 2. pełny etat 3. ½ etatu 4. ¾ etatu 5. inny (jaki?): ………   …………………… | |
| 1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto :   ………………………………… | 1. System wynagradzania \* 2. czasowy ze stawką miesięczną 3. czasowy ze stawką godzinową 4. akordowy 5. inny (jaki?) ………………………… | | | | 1. Okres zatrudnienia w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę albo okres wykonywania umowy w przypadku umowy cywilnoprawnej:   od………………………… do ………………………… | | | | | |
| 1. Data rozpoczęcia pracy:   od: …………………………… | 1. Oferta jest ofertą pracy tymczasowej zgłaszaną przez agencję zatrudnienia  w rozumieniu art. 19g Ustawy \*   TAK / NIE | | | | 1. Pracodawca jest zainteresowany uzyskaniem Informacji starosty na temat możliwości zaspokojenia potrzeb kadrowych podmiotu powierzającego wykonywanie pracy cudzoziemcowi \*   TAK / NIE | | | | | |
| **III. Informacje dotyczące oczekiwań pracodawcy krajowego wobec kandydatów (wypełnia pracodawca)** | | | | | | | | | | |
| 1. Poziom wykształcenia \* 2. brak lub niepełne podstawowe 3. podstawowe 4. zawodowe 5. średnie zawodowe 6. średnie ogólnokształcące 7. policealne 8. wyższe   kierunek (jeżeli wymagany):  ………………………………………… | 1. Uprawnienia:   ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  …………………………… | | 1. Umiejętności:   ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  …………………………… | | | 1. Doświadczenie zawodowe:   ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  ……………………………  …………………………… | | 1. Znajomość języków obcych \* 2. angielski 3. niemiecki 4. inny (jaki?):   ………………………  Stopień znajomości:   1. początkujący (A1) 2. niższy średnio zaawansowany (A2) 3. średnio zaawansowany(B1) 4. wyższy średnio zaawansowany (B2) 5. zaawansowany (C1) 6. biegły (C2) | | |
| 1. Inne kwalifikacje:   ……………………………………   …………………………………… |
| **IV. Postępowanie z ofertą pracy (wypełnia pracodawca)** | | | | | | | | | | |
| 1. Okres aktualności oferty pracy:  od ……………………………   do …………………………… | 1. Częstotliwość kontaktów pracownika PUP  z pracodawcą w sprawie oferty pracy \* 2. raz w tygodniu 3. raz na 2 tygodnie 4. inna: …………… | | | | | 1. Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydata  z państwa EOG, jeżeli TAK, wskazać z jakiego państwa \*   TAK / NIE  ……………………………………………………… | | | | |
| **V. Dodatkowe informacje w przypadku skierowania oferty do obywateli państw EOG (wypełnia pracodawca)** | | | | | | | | | | |
| 1. Wymagania w zakresie poziomu znajomości języka polskiego:  …………………………………… | 1. Język w jaki należy składać aplikacje (życiorys, podanie, inne dokumenty wskazane przez pracodawcę):  …………………………………………………………… | | | | | | 1. Informacje dotyczące możliwości zakwaterowania, wyżywienia, oraz kto ponosi koszty w tym zakresie:  …………………………………………… | | | |
| 1. Informacje dotyczące możliwości  i warunków sfinansowania lub dofinansowania kosztów podróży lub przeprowadzki ponoszonych przez pracownika: …………………………………… | 1. Państwa EOG, w których oferta ma być dodatkowo upowszechniona:   …………………….………… | | | 1. Miejsce wykonywanej pracy:  ……………………  …………………… | | | 1. Przyczyny wykonywanej pracy w miejscu innym niż siedziba pracodawcy krajowego  w przypadku zaistnienia takiej sytuacji:   …………………………………………… | | | |
| 1. Inne informacje niezbędne ze względu na charakter wykonywanej pracy:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | |
| **VI. Dodatkowe oświadczenia pracodawcy (wypełnia pracodawca)\*** | | | | | | | | | | **TAK / NIE** |
| W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy | | | | | | | | | | TAK / NIE \* |
| Jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy | | | | | | | | | | TAK / NIE \* |
| Zgłosiłem ofertę pracy do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju (jeżeli tak wskazać do którego:………………………………….) | | | | | | | | | | TAK / NIE \* |
| Chcę aby przekazano moją ofertę pracy do innych powiatowych urzędów pracy w celu upowszechnienia jej w ich siedzibach  Jeżeli tak wskazać urząd: ………………………………….……………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | TAK / NIE \* |
| Pracodawca zainteresowany upowszechnieniem oferty pracy w wybranych państwach Europejskiego Obszaru Gospodarczego  Jeżeli TAK to wskazać których: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | TAK / NIE \* |
| Wyrażam zgodę na podanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających identyfikację pracodawcy  **Oferta zawierająca dane umożliwiające identyfikacje pracodawcy – pośrednictwo otwarte (oferta ogólnodostępna)**  **Oferta niezawierająca danych umożliwiających identyfikacje pracodawcy – pośrednictwo zamknięte (oferta przeznaczona dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP)** | | | | | | | | | | TAK / NIE \* |
| **VII. Informacje dla pracodawcy** | | | | | | | | | | |
| **Pracodawca zgłasza ofertę pracy do jednego powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo innego wybranego przez siebie urzędu.**  **Powiatowy urząd pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania  w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na: płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.**  **Powiatowy urząd pracy może nie przyjąć oferty pracy, w szczególności jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.**  Podstawa prawna: Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.).  Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 667). | | | | | | | | | | |
| Pracodawca  ---------------------------------------------------------------- -----------------------------------------------------------------------------  Pieczęć pracodawcy Data i podpis pracodawcy lub osoby przez niego upoważnionej | | | | | | | | | | |
| **VIII. Adnotacje powiatowego urzędu pracy (wypełnia pup)** | | | | | | | | | | |
| Data przyjęcia zgłoszenia  ………………………………… | Pracownik przyjmujący zgłoszenie  ……………………………………… | | | | | Sposób przyjęcia oferty  ……………………………………… | | | | |
| Numer oferty pracy  OfPr/…..…/…………… | Data wycofania oferty pracy  ……………………………………… | | | | | Przyczyna wycofania oferty  ……………………………………… | | | | |

Załącznik Nr 5

|  |  |
| --- | --- |
| **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** | |
| **Stosuje się do pomocy *de minimis* udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE)**  **nr 2023/2831 z dnia 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)** | |
| **A. Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis1)** | **A1. Informacje dotyczące wnioskodawcy   niebędącego podmiotem, któremu ma być  udzielona *pomoc de minimis2*)** |
| **1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu**   |  | | --- | |  |   **3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu**   |  | | --- | |  | | **1a) Identyfikator podatkowy NIP wnioskodawcy3)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **2a) Imię i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy**   |  | | --- | |  |   **3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby   wnioskodawcy**   |  | | --- | |  | |
| **4) Identyfikator gminy, w której podmiot  ma miejsce zamieszkania albo siedzibę4)**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |   **5) Forma prawna podmiotu5)**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **przedsiębiorstwo państwowe**  **jednoosobowa spółka Skarbu Państwa**  **jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 679)**  **spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego  2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2024 r. poz. 594)**  **jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.)**  **inna (podać jaka)**   |  | | --- | |  | | | |
| **6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu**  **(Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1 z późn. zm.)5)**   |  |  | | --- | --- | |  | **mikroprzedsiębiorca**  **mały przedsiębiorca**  **średni przedsiębiorca**  **inny przedsiębiorca** |   **7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.)6)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |   **8) Data utworzenia podmiotu**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | |
| **9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami7)**  **Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **a) jeden przedsiębiorca posiada większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników  drugiego przedsiębiorcy?** |  |  | **tak** | |  | **nie** | | |  |  |  |  | |  |  | | | **b) jeden przedsiębiorca ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu** |  |  | **tak** | |  | **nie** | | | **zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorcy?** |  |  |  | |  |  | | | **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę** |  |  | **tak** | |  | **nie** | | | **zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub zgodnie z jego dokumentami   założycielskimi?** |  |  |  | |  |  | | | **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub** |  |  | **tak** | |  | **nie** | | | **jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub   członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego  przedsiębiorcy?** |  |  |  | |  |  | | | **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego** |  |  | **tak** | |  | **nie** | | | **innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?** |  |  | |  | | |  | |   **W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:**   |  |  | | --- | --- | | **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem   przedsiębiorców** |  | |  |  | | **b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie** |  |   **minionych 3 lat wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom8)** | |
| **10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą,  w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy, lub przekształcenia przedsiębiorcy**  **Czy podmiot w okresie minionych 3 lat:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?** |  | tak |  | **nie** | |  |  |  |  |  | | **b) przejął innego przedsiębiorcę?** |  | tak |  | **nie** | |  |  |  |  |  | | **c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?** |  | tak |  | **nie** |   **d) powstał w wyniku przekształcenia przedsiębiorcy? tak nie**  **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a lub b należy podać:**   |  |  | | --- | --- | | **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych  przedsiębiorców** |  | |  |  | | **b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie** |  | | **minionych 3 lat wszystkim połączonym lub przejętym  przedsiębiorcom8)** |  |   **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c lub d należy podać:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem lub  przekształceniem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | **b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie** |  | | | | | | | | | | | | **minionych 3 lat przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem lub przekształceniem  w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot8)** | | | | | | | | | | | | | **Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy *de minimis* uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem była przeznaczona na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:** | | | | | | | | | | | | | **– łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie** |  | | | | | | | | | | | | **minionych 3 lat przedsiębiorcy przed podziałem8)** |  | | | | | | | | | | | | **– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)** |  | | | | | | | | | | | | **– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)** |  | | | | | | | | | | | | |
| **B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis9*)** | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?** | | | | |  | **tak** |  | **nie** | |  | | | | |  |  |  |  | | **2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro, mały lub średni- albo w przypadku,  o którym mowa w art. 4 ust. 7 rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023   w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej  do pomocy *de minimis*, będący każdym przedsiębiorcą - znajduje się w sytuacji gorszej** | | | | |  | **tak** |  | **nie** | | **niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** | | | | |  |  |  |  | |  | | | | |  | **nie dotyczy** | | | | **3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem   o udzielenie pomocy *de minimis*:** | | | | | | | | | | **a) podmiot odnotowuje rosnące straty?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  | | | | |  | **b) obroty podmiotu maleją?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  | **c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany potencjał do** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  | **świadczenia usług?** |  |  |  |  | | | | |  | **d) podmiot ma nadwyżki produkcji11)?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  | **e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  | **f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  | **g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  | **h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest zerowa?** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  |  |  |  |  |  | | | | |  | **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności** |  | **tak** |  | **nie** | | | | |  | **finansowej?** |  |  |  |  | | | | |  | **Jeśli tak, należy wskazać jakie:** | | | | | | | |  |  | | --- | |  | | |
| **C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis*** | |
| **Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis*, prowadzi działalność:**  1**) w sektorze produkcji podstawowej produktów rybołówstwa i akwakultury12)? tak nie**  **2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych tak nie**  **w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?**    **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych tak nie**  **wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?**  **4) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów tak nie  rybołówstwa i akwakultury12)?**  **5) Czy wnioskowana pomoc *de minimis* będzie przeznaczona na działalność wskazaną w pkt 1-4? tak nie**  **6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 lub 2: czy zapewniona jest tak nie  rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach   działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy *de minimis* (w jaki sposób)? nie dotyczy**   |  | | --- | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc *de minimis*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  |  |
|  | | **Czy wnioskowana pomoc *de minimis* zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | **tak** | | | |  | |  | | | | **nie** | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  |  |
|  | | **Jeśli tak, to czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc *de minimis*?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | | **tak** | | | |  | |  | | | | **nie** | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | |  |  |
|  | | **Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż *de minimis* oraz pomocy *de minimis*  na te same koszty.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **Przeznaczenie pomocy** | | | | | | | **6** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Wartość otrzymanej pomocy** | | | | **brutto** | | | **5b** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **nominalna** | | | **5a** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Forma pomocy** | | | | | | | **4** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | | | **informacje szczegółowe** | | | | **3b** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **informacje podstawowe** | | | | **3a** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Podmiot udzielający pomocy** | | | | | | | **2** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Dzień udzielenia pomocy** | | | | | | | **1** | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Lp.** | | | | | | |  | | | **1.** | | **2.** | | **3.** | | **4.** | | **5.** | | | | **6.** | | | | **7.** | | | | **8.** | | | | **9.** | | | | | **10.** | | | | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | | | |  | |  |
|  | | **Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc *de minimis*, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |
|  | | **1) opis przedsięwzięcia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **5) lokalizacja przedsięwzięcia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **7) etapy realizacji przedsięwzięcia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | | **Imię i nazwisko** | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | **Numer telefonu** | | | | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **Stanowisko służbowe** | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | **Data i podpis** | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 1) W przypadku gdy o pomoc *de minimis* wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczona odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa ,w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, podaje się informacje dotyczące tej spółki.  W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę pod jaką spółka funkcjonuje na rynku oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności -imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2) Wypełnia się w przypadku, gdy o pomoc *de minimis* wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika, akcjonariusza albo komplementariusza lub osoby trzeciej, na którą przeniesiono odpowiedzialność podatkową). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4) Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc *de minimis*. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 7) Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 8) Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, (Dz. U. z 2023 r., poz. 702) rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 9) Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc *de minimis*, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc *de minimis* ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2004 r. poz. 291), oraz będących osobami fizycznymi, które na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęły prowadzenia działalności gospodarczej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 11) Dotyczy wyłącznie producentów. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000  (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1 z późn. zm.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 13) Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także na określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 14) Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |

Załącznik nr 6

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

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

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

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

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

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):

* działalność w rolnictwie
* działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy1) | Podstawa prawna2) | Wartość pomocy3) | Forma pomocy4) | Przeznaczenie pomocy5) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Objaśnienia:

1) Dzień udzielenia pomocy - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) Podstawa prawna - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) Wartość otrzymanej pomocy - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony   
w decyzji lub umowie.

4) Forma pomocy - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) Przeznaczenie otrzymanej pomocy - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji   
w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

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

(imię i nazwisko) (data i podpis)

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

\*) Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 7

………………………………..

Imię i Nazwisko

…………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………..

…………………………………………

pieczątka firmy

**OŚWIADCZENIE ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO**

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności sprawuję opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi   
 lub prowadzę dla nich zajęcia.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte  
 w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

….……………………………………….

Data i podpis   
osoby uprawnionej do reprezentowania   
żłobka lub klubu dziecięcego

Załącznik nr 8

………………………………..

Imię i Nazwisko

…………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………..

…………………………………………

pieczątka firmy

**OŚWIADCZENIE  
PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE**

Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi rehabilitacyjne dla dzieci  
 niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usługi mobilne.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane  
 zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

….……………………………………….

Data i podpis   
osoby uprawnionej do reprezentowania   
podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez   
Powiatowy Urząd Pracy w Końskich**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 zwanego dalej „RODO”), Powiatowy Urząd Pracy w Końskich informuje  
o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. **Informacje dotyczące administratora danych**

Administratorem danych osobowych Pani/Pana jest Powiatowy Urząd Pracy w Końskich reprezentowany przez Dyrektora Urzędu z siedzibą w Końskich, przy ul. Stanisława Staszica 2, 26-200 Końskie, tel. 41-372-63-63,   
email: [kiko@praca.gov.pl](mailto:kiko@praca.gov.pl).

1. **Inspektor ochrony danych – IOD**

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora, Inspektorem Ochrony Danych – panem Jaromirem Dylewskim drogą elektroniczną na adres   
email: iod@pup.konskie.pl.

1. **Cel przetwarzania danych oraz podstawy prawne**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadania publicznego oraz wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich tj. realizacji zadań wynikających z ustawy  
z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym:

* udzielanie informacji o możliwościach i zakresie pomocy określonej w ustawie;
* udzielanie pomocy bezrobotnym i poszukującym pracy w znalezieniu pracy oraz pośrednictwo pracy  
  i poradnictwo zawodowe;
* udzielanie pomocy pracodawcom w pozyskaniu pracowników przez pośrednictwo pracy i poradnictwo zawodowe;
* opracowywanie i realizacja programu promocji zatrudnienia i aktywizacji lokalnego rynku pracy;
* realizacji zadań związanych z Krajowym Funduszem Szkoleniowym (KFS) w szczególności udzielanie pomocy pracodawcom poprzez finansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców;
* rejestrowanie bezrobotnych i poszukujących pracy;
* inicjowanie, organizowanie i finansowanie usług i instrumentów rynku pracy;
* wydawanie decyzji administracyjnych;
* realizacji programów specjalnych;
* realizacji programów regionalnych;
* realizacji projektów pilotażowych;
* realizacji projektów w zakresie promocji i zatrudnienia wynikających z programów operacyjnych współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Funduszu Pracy;
* promowanie usług i instrumentów rynku pracy oraz projektów realizowanych przez PUP;
* wykonywanie innych czynności wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

1. **Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych stanowią:**

* art. 6 ust. 1 lit. b, c, e RODO rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia  
  27 kwietnia 2016r. 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. 1, sprostowanie: (Dz. Urz. UE. L. 127. 2);
* ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
* ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
* ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;
* inne akty prawne;
* akty wykonawcze do ww. ustaw.

1. **Odbiorcy danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa m.in. organy i instytucje administracji publicznej (np. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowa Inspekcja Pracy), organy ścigania (np. policja, prokuratura), podmioty i instytucje działające na podstawie udzielonych zezwoleń lub akredytacji (np. bank, urząd pocztowy). Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi Powiatowy Urząd Pracy w Końskich zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych m.in. Radca Prawny, firma z którą PUP w Końskich zawarł umowę na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy przetwarzaniu danych lub w zakresie niszczenia dokumentów.

1. **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez obowiązujący okres przechowywania dokumentacji związanej   
z realizacją zadania publicznego tj. przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres i w zakresie wymaganym przez przepisy obowiązującego prawa. Zgodnie z regulacjami obowiązującymi w tym zakresie - Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Powiatowego Urzędu Pracy   
w Końskich, okres przechowywania dokumentacji wynosi odpowiednio od 5 do 50 lat.

1. **Przysługujące uprawnienia**

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z realizacją zadania publicznego oraz wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich lub zawarciem umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Końskich przysługujePani/Panu:

* prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymywania ich kopii;
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa.

1. **Informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego**

W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy   
w Końskich Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa lub za pomocą elektronicznej skrzynki podawczej Urzędu Ochrony Danych osobowych dostępnej na stronie https://www.uodo.gov.pl/pl/p/kontakt.

1. **Obowiązek podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z aktów prawnych wskazanych   
w pkt 4. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rejestracji w ewidencji osób bezrobotnych i poszukujących pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich, a także niemożność korzystania   
z instrumentów i usług rynku pracy, wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

**10. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji**

Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

**Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, uzyska Pani/Pan   
od Inspektora Ochrony Danych lub swojego doradcy klienta w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich, podczas realizacji zadań wskazanego w pkt. 3.**

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

(Imię i nazwisko) (Data i podpis)