

# Wn – W Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.)

Składający<sup>1</sup>:  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.  
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

Adresat:  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.  B. Prezes Zarządu Funduszu.

## A. Dane o wniosku

1. Wniosek <sup>1</sup>	2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwykły <input type="checkbox"/> 2. Korygujący		____-____-____

## Część I

## B. Dane ewidencyjne składającego

B1. Dane ewidencyjne i adres składającego					
4. Imię (imiona) i nazwisko składającego				5. NIP	6. PKD
7. Województwo			8. Miejscowość		
9. Kod pocztowy	10. Poczta	11. Ulica		12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon <sup>2</sup>		15. Faks <sup>2</sup>		16. E-mail	
B2. Adres do korespondencji <i>Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1</i>					
17. Kod pocztowy	18. Poczta	19. Ulica		20. Nr domu	21. Nr lokalu
22. Telefon <sup>2</sup>		23. Faks <sup>2</sup>		24. E-mail	
B3. Dodatkowe informacje					
25. Nazwa banku			26. Numer rachunku bankowego		
27. Krótki opis dotychczasowej działalności					

## C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

## D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>

Aktywa trwałe i obrotowe	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Grunty	30.	31.	32.
Budynki	33.	34.	35.
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)	36.	37.	38.
Zapasy	39.	40.	41.
Środki na rachunku bankowym	42.	43.	44.
Należności od odbiorców	45.	46.	47.
Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)	48.	49.	50.
Razem	51.	52.	53.
Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych	Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy	Ostatni rok obrotowy	Bieżący rok
Kapitał własny	54.	55.	56.
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty	57.	58.	59.
Zobowiązania wobec dostawców	60.	61.	62.
Inne zobowiązania	63.	64.	65.
Razem	66.	67.	68.

Wn-W (I) 1/2

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25–27, 30–72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.

<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>3</sup> Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.

<sup>4</sup> Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poz. 30–72.

**D. Analiza finansowa składającego (2)**

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

**E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej****E1. Charakterystyka stanowiska pracy<sup>5</sup>**

73. Nazwa stanowiska pracy	74. Lokalizacja stanowiska pracy		
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku

**E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość <sup>6</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>7</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>8</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup>	Kwota do refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

**Oświadczam, że<sup>1</sup>:**

- posiadam /  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zalegam /  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

**Do wniosku załączam:**

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,
- odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
- aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

121. Data sporządzenia wniosku ____-____-____	122. Podpis i pieczęć składającego
--	------------------------------------

**F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych**

123. Data sporządzenia opinii ____-____-____	124. Podpis i pieczęć

<sup>5</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy, dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

<sup>8</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

<sup>9</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

<sup>10</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.

## **I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

### **1. Podstawowe informacje o podmiocie (Wnioskodawcy)**

Pełna nazwa podmiotu: .....

.....

Adres siedziby podmiotu: .....

Numer telefonu: ..... Faxu.....

Miejsce wykonywania prac przez skierowanych bezrobotnych (proszę podać adres)

.....

.....

REGON: .....NIP.....PKD.....

Data rozpoczęcia działalności gospodarczej .....

Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:.....

.....

Forma rozliczenia z Urzędem Skarbowym .....

Osoba upoważniona do kontaktu w sprawie realizacji przedmiotowego wniosku:

Imię i nazwisko: ..... stanowisko .....

Telefon .....

Adres email .....

### **2. Informacja na temat zatrudnienia**

Na dzień złożenia wniosku stan zatrudnienia ogółem wynosi: .....osób

### **3. Dane dotyczące wyposażanego stanowiska pracy**

Wnioskowana liczba stanowisk pracy do refundacji

.....

**Wnioskowana kwota do refundacji .....**

Uzasadnienie konieczności utworzenia stanowisk/a pracy objętych refundacją

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rodzaj pracy i zakres czynności jakie będą wykonywane przez skierowanych bezrobotnych na poszczególnych stanowiskach pracy (szczegółowy opis realizowanych zadań):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. **Ubiegam/ nie ubiegam\* się** o środki finansowe na to samo przedsięwzięcie z innego źródła.

5. Imię i nazwisko proponowanego kandydata /data urodzenia:

.....

UWAGA: W przypadku nie wskazania kandydatów bądź nie zakwalifikowania się w/wym kandydata, wnioskodawca wyraża zgodę na skierowanie do pracy innego kandydata – TAK / NIE\*

6. **Formy zabezpieczenia w przypadku ewentualnego zwrotu środków:**

(zaznaczyć wybraną formę)

**poręczenie przez dwie osoby - weksel z poręczeniem wekslowym (aval)**

Poręczycielem może być osoba prawna, podmiot nie posiadający osobowości prawnej, a posiadający zdolność do czynności prawnych oraz osoba fizyczna, która osiąga wynagrodzenie lub dochód co najmniej 70% przeciętnego wynagrodzenia brutto miesięcznie.

**blokada rachunku bankowego;**

Zabezpieczenie dofinansowania w postaci blokady środków zgromadzonych na rachunku bankowym oraz gwarancji bankowej powinno stanowić wartość nie mniejszą niż 150 % kwoty udzielonego dofinansowania.

**akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika;**

(w przypadku wskazania aktu notarialnego, do wniosku należy dołączyć *oświadczenie majątkowe wnioskodawcy – na druku Urzędu*).

Zabezpieczenie dofinansowania w postaci aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika i poręczycieli powinno stanowić wartość nie mniejszą niż 200 % kwoty udzielonego dofinansowania.

**poręczenie osób trzecich wg prawa cywilnego (przez dwie osoby);**

**gwarancja bankowa;**

**zastaw na prawach i rzeczach.**

\*niewłaściwe skreślić

ostateczna decyzja co do wyboru proponowanej formy zabezpieczenia należy do Dyrektora PUP w/m

**Oświadczam, że zapoznałem /am się z treścią regulaminu przyznawania zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków z PFRON**

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

**Do wniosku (stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku Wn-W) należy załączyć:**

1. Kserokopię aktualnego dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia firmy w przypadku:
  - a) spółki cywilnej: zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej każdego ze wspólników oraz umowa spółki z ewentualnymi aneksami,
  - b) spółki jawnej: umowa spółki z ewentualnymi aneksami oraz wypis z rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego.
2. Oświadczenia podmiotu, które stanowi **Załącznik Nr 2** do wniosku.
3. Oświadczenie w zakresie wykluczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie ze środków publicznych - **Załącznik Nr 3** do wniosku.
4. Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis – **Załącznik nr 4** do wniosku.
5. Formularz informacji przedstawiany przy ubieganiu się o pomoc de minimis - **Załącznik Nr 5** do wniosku.
6. Bilanse oraz rachunki zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe lub roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie dwa lata, wraz dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego (w przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy).
7. Aktualne zaświadczenie z banku o:
  - a) posiadanych środkach finansowych,
  - b) obrotach na rachunku za ostatni rok,
  - c) ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia,
  - d) lokatach terminowych.
8. Oświadczenia poręczycieli (w przypadku wskazania takiej formy zabezpieczenia).
9. Oświadczenie majątkowe (w przypadku wskazania aktu notarialnego jako proponowana forma zabezpieczenia refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej).

**Oświadczam/my, że w dniu złożenia wniosku o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej:**

1. Nie zalegam/y w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
2. Nie posiadam/y zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Prowadzę/imy działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresów zawieszenia działalności gospodarczej.
4. Nie znajduję/my się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielenia pomocy publicznej – Wytyczne wspólnotowe dotyczące pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw.
5. Nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
6. Spełniam/y warunki określone w rozporządzeniu.
7. Zobowiązuję/emy się do złożenia, w dniu podpisania umowy, dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z powiatowym urzędem pracy, otrzymam/my pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
8. Utrzymam/y przez okres 36 miesięcy stanowisko/a pracy utworzone w związku z przyznaną refundacją.
9. Obejmę/iemy zatrudnionych bezrobotnych wszelkimi uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa pracy z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych, przysługujących pozostałym pracownikom zatrudnionym w zakładzie.
10. Jestem/Nie jestem\* zobowiązany do składania sprawozdań finansowych zgodnie z przepisami o rachunkowości.
11. Jestem/Nie jestem\* płatnikiem podatku od towarów i usług – VAT.
12. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zwrotach z tytułu odliczonego podatku akcyzowego oraz innych zwrotów związanych z wydatkami objętymi refundacją kosztów wyposażenia stanowiska pracy.

\*niepotrzebne skreślić

**W przypadku braku zgodności któregośkolwiek z powyższych oświadczeń ze stanem faktycznym, wskazać nr pozycji i przedstawić prawidłową treść oświadczenia.**

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

## OŚWIADCZENIE

Załącznik nr 3

w zakresie wykluczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie ze środków publicznych w oparciu o ustawę z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022, poz. 835) (Ustawa)

Nazwa podmiotu	
Adres podmiotu (kod, miejscowość, ulica, nr lokalu)	
NIP	

- Oświadczam(y), że podmiot, który reprezentuję **jest wpisane\*/nie jest wpisane\*** na listę, o której mowa w art. 2 ust.1 Ustawy, przez co **wspiera\*/nie wspiera\*** w sposób bezpośredni lub pośredni (zaznaczyć odpowiednie):
  - agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętą w dniu 24 lutego 2022 r  
lub
  - poważnego naruszenia praw człowieka lub represji wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej lub których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej lub na Białorusi.
- Jestem(-my)\*/nie jestem(-my)\*** bezpośrednio związani z takimi osobami lub podmiotami, o których mowa w pkt 1 lit. a) i b) w szczególności ze względu na powiązania o charakterze osobistym, organizacyjnym, gospodarczym lub finansowym, lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania w tym celu dysponowanych przez nie takich środków finansowych, funduszy lub zasobów gospodarczych (zaznaczyć odpowiednie).

Zobowiązuję(my) się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, o wystąpieniu przesłanek wykluczenia, o których mowa w pkt 1 i/lub pkt 2 tj. **wpisaniu na listę, o której mowa w art. 2 ust. 1 Ustawy.**

Oświadczam(my), 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 Ostrowcu Świętokrzyskim w błąd przy przedstawieniu informacji.

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(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>

.....  
(miejscowość, dnia)

.....  
(podpis pracownika PUP)

.....  
Imię i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy

Adres siedziby:

.....  
.....

**OŚWIADCZENIE**  
**o wielkości otrzymanej pomocy de minimis**  
**lub nie otrzymaniu pomocy de minimis**

Oświadczam, iż zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. nr 59, poz.404 z późn. zm.) w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

**otrzymałem** pomoc de minimis o wartości ..... złotych,  
Stanowiącą równowartość ..... euro.

**nie otrzymałem** pomocy de minimis.

.....  
miejsowość, data

.....  
(czytelny podpis pracodawcy ubiegającego się  
o pomoc de minimis lub osoby uorawnionej do  
reprezentowania)



## OŚWIADCZENIE MAJĄTKOWE WNIOSKODAWCY

(należy dołączyć tylko w przypadku wskazania aktu notarialnego jako proponowana forma zabezpieczenia refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej)

**Składając poniższe oświadczenie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

Ja niżej podpisany/a .....

**oświadczam, że posiadam:**

### **I. Majątek ruchomy i nieruchomy**

#### **Nieruchomości**

Rodzaj i adres nieruchomości, nr Księgi Wieczystej	Nazwisko ewentualnego współwłaściciela	Rok nabycia	Aktualna wartość rynkowa	Obciążenie hipoteką

#### **Majątek ruchomy**

Rodzaj/typ/marka (nr fabryczny, nr rejestracyjny)	Rok produkcji	Aktualna wartość rynkowa	Obciążenie (zastaw, przewłaszczenia – na czyją rzecz)

### **II. Inne wartościowe rzeczy ruchome (określenie, wartość):**

.....

### **III. Zobowiązania finansowe z tytułu:**

a) kredytów/ pożyczek

.....

(nazwa Banku udzielającego kredytu/ nazwa pożyczkodawcy, kwoty zadłużenia, termin spłaty)

b) poręczeń

.....

c) inne zobowiązania finansowe

.....

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania )

## OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ JAKO PORĘCZYCIEL

na podstawie art. 220 KPA zgodnie z §6 ust. 2g rozporządzenia MPiPS z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oświadczam, że:

Ja niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko poręczyciela)

zamieszkały(a).....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

PESEL 

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

legitymujący(a) się..... seria/numer .....  
(nazwa dokumentu tożsamości np. dowód osobisty)

### Oświadczam, że:

\* **jestem zatrudniony(a) w**.....  
.....  
(pełna nazwa i adres zakładu pracy)

---

\* **prowadzę własną działalność gospodarczą** .....  
.....  
(pełna nazwa i adres własnej firmy)

NIP

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

REGON

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

---

\* **jestem emerytem(ką) / rencistą(ką)**

---

\* **prowadzę własne gospodarstwo rolne**

Moje miesięczne dochody brutto wynoszą: .....zł

Wynagrodzenie to:

nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych, ani innych zobowiązań finansowych (w tym kredytów, pożyczek)\*

jest obciążone z tytułu\* .....

Całkowita wysokość zadłużenia wynosi .....zł

Miesięczna spłata mojego zadłużenia wynosi .....zł.

***Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

\*właściwe zaznaczyć

.....  
(data i czytelny podpis poręczyciela)

## Oświadczenie współmałżonka poręczyciela (w przypadku wspólności majątkowej)

Ja niżej podpisany(-a) ..... przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, aby współmałżonek był poręczycielem Pana(i)/Firmy ..... w przypadku przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. Ponadto oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną udostępnioną na stronie Urzędu: <http://ostrowiec.praca.gov.pl> lub w siedzibie urzędu i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej zgodnie z Rozporządzeniem 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) i z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

### **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Na podstawie art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1) zwanego dalej "RODO" informuję, iż :

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim. Dane kontaktowe: **ul. Aleja 3 Maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski**, e-mail: **kios@praca.gov.pl**, tel.: **(41) 265-42-08**.
2. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora, Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć w sposób bezpośredni (pokój 4 w siedzibie PUP w Ostrowcu Świętokrzyskim), pod numerem telefonu 41-265-42-08 wew. 309, drogą elektroniczną na adres email: **iodo@pup.ostrowiec.pl** lub pisemnie na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Aleja 3 maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) mówiącego o zgodności z prawem przetwarzania danych niezbędnych do realizacji umowy. Wymóg przetwarzania danych poręczycieli, ich współmałżonków oraz współmałżonków wnioskodawców wynika z przepisów prawa i jest ściśle związany z faktem istnienia umów wnioskodawców z PUP oraz umów poręczenia lub deklaracji wekslowej.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu o którym mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - 1) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Urzędem Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres wynikający z przepisów prawa jednak nie krócej niż przez czas określony przepisami prawa, w tym dla celów archiwalnych przez okres podyktowany ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w oparciu o Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt obowiązujący u nas.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do żądania sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu.
7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....  
(data i czytelny podpis współmałżonka poręczyciela)

# OŚWIADCZENIE OSOBY WSKAZANEJ JAKO PORĘCZYCIEL

na podstawie art.220 KPA zgodnie z §6 ust. 2g rozporządzenia MPiPS z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oświadczam, że:

Ja niżej podpisany(a) .....  
(imię i nazwisko poręczyciela)

zamieszkały(a).....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy i miejscowość)

PESEL 

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

legitymujący(a) się..... seria/numer .....  
(nazwa dokumentu tożsamości np. dowód osobisty)

## Oświadczam, że:

\* **jestem zatrudniony(a) w**.....  
..... (pełna nazwa  
i adres zakładu pracy)

---

\* **prowadzę własną działalność gospodarczą** .....  
.....  
(pełna nazwa i adres własnej firmy)

NIP

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

REGON

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

---

\* **jestem emerytem(ką) / rencistą(ką)**

---

\* **prowadzę własne gospodarstwo rolne**

Moje miesięczne dochody brutto wynoszą: .....zł

Wynagrodzenie to:

nie jest obciążone z tytułu wyroków sądowych, ani innych zobowiązań finansowych (w tym kredytów, pożyczek)\*

jest obciążone z tytułu\* .....

Całkowita wysokość zadłużenia wynosi .....zł

Miesięczna spłata mojego zadłużenia wynosi .....zł.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

\*właściwie zaznaczyć

.....  
(data i czytelny podpis poręczyciela)

## Oświadczenie współmałżonka poręczyciela (w przypadku wspólności majątkowej)

Ja niżej podpisany(-a) ..... przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę, aby współmałżonek był poręczycielem Pana(i)/Firmy ..... w przypadku przyznania refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. Ponadto oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną udostępnioną na stronie Urzędu: <http://ostrowiec.praca.gov.pl> lub w siedzibie urzędu i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Św. w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej zgodnie z Rozporządzeniem 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) i z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

### **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Na podstawie art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1) zwanego dalej "RODO" informuję, iż :

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim. Dane kontaktowe: **ul. Aleja 3 Maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski**, e-mail: **kios@praca.gov.pl**, tel.: **(41) 265-42-08**.
2. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez Administratora, Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć w sposób bezpośredni (pokój 4 w siedzibie PUP w Ostrowcu Świętokrzyskim), pod numerem telefonu 41-265-42-08 wew. 309, drogą elektroniczną na adres email: **iodo@pup.ostrowiec.pl** lub pisemnie na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, ul. Aleja 3 maja 36, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku i umowy o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) mówiącego o zgodności z prawem przetwarzania danych niezbędnych do realizacji umowy. Wymóg przetwarzania danych poręczycieli, ich współmałżonków oraz współmałżonków wnioskodawców wynika z przepisów prawa i jest ściśle związany z faktem istnienia umów wnioskodawców z PUP oraz umów poręczenia lub deklaracji wekslowej.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu o którym mowa w pkt 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
  - 1) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
  - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Urzędem Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres wynikający z przepisów prawa jednak nie krócej niż przez czas określony przepisami prawa, w tym dla celów archiwalnych przez okres podyktowany ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w oparciu o Jednolity Rzeczkowy Wykaz Akt obowiązujący u nas.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz żądania sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu.
7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku w sprawie przyznania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
9. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....  
(data i czytelny podpis współmałżonka poręczyciela)



### 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 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1)

#### A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis<sup>1)</sup>

A1. Informacje dotyczące wspólnika spółki cywilnej lub osobowej wnoszącego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce<sup>2)</sup>

1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

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

2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę<sup>4)</sup>

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

5) Forma prawna podmiotu<sup>5)</sup>

- 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 2011 r. Nr 45, poz. 236)
- 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. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)
- jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, 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)<sup>5)</sup>

- 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. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.)<sup>6)</sup>

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

8) Data utworzenia podmiotu

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

**9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami<sup>7)</sup>**

Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

- a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu?  tak  nie
- b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy?  tak  nie
- c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi?  tak  nie
- d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub współnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, współnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?  tak  nie
- e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?  tak  nie

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 bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

--

**10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy**

Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

- a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?  tak  nie
- b) przejął innego przedsiębiorcę?  tak  nie
- c) powstał w wyniku podziału innego 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 bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

--

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem

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

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot<sup>8)</sup>

--

Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:

– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem<sup>8)</sup>

--

– 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 minimis<sup>9)</sup>

1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?  tak  nie

2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-<sup>10)</sup>?  tak  nie

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 świadczenia usług?  tak  nie

d) podmiot ma nadwyżki produkcji<sup>11)</sup>?  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 finansowej?  tak  nie

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 rybołówstwa i akwakultury<sup>12)</sup>?  tak  nie
- 2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?  tak  nie
- 3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?  tak  nie
- 4) w sektorze drogowego transportu towarów?  tak  nie
- Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?  tak  nie
- 5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?  tak  nie
- 6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest rozdzielność rachunkowa<sup>13)</sup> uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?  tak  nie  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, 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 tabelę<sup>14)</sup> w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.

Lp.	Dzień udzielenia pomocy	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna udzielenia pomocy		Forma pomocy	Wartość otrzymanej pomocy		Przeznaczenie pomocy
			informacje podstawowe	informacje szczegółowe		nominalna	brutto	
	1	2	3a	3b	4	5a	5b	6
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 albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, w formularzu 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 wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika albo komplementariusza).
- 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. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowej [http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie\\_sprawozdan\\_z\\_wykorzystaniem\\_aplikacji\\_shrimp.php](http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie_sprawozdan_z_wykorzystaniem_aplikacji_shrimp.php).
- 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X.
- 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia 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, 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 2012 r. poz. 657, z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli prowadzenia działalności gospodarczej.
- 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wiarytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski.
- 11) Dotyczy wyłącznie producentów.
- 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 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).
- 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 określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, 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.