



.....
/pieczętka Wnioskodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy
w Gostyniu
ul. Poznańska 200 G
63 – 800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP

WNIOSEK

O REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY PONOSZONYCH PRZEZ PRZEDSIĘBIORCÓW, NIEPUBLICZNE PRZEDSZKOLA, NIEPUBLICZNE INNE FORMY WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO, NIEPUBLICZNE SZKOŁY LUB PRODUCENTÓW ROLNYCH.

Podstawy prawne:

1. ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
2. rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 r. w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej oraz o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
3. rozporządzenie 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
4. rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym
5. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
6. ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

UWAGA!

Wnioski wypełnione nieczytelnie lub niepełne, podpisane przez osobę nieupoważnioną lub bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane.

Wnioskodawca zamierzający wyposażyć lub doposażyć stanowisko pracy dla skierowanego bezrobotnego/opiekuna składa wniosek do starosty właściwego ze względu na siedzibę tego Wnioskodawcy lub ze względu na miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego.

- W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o dokładne jego przeczytanie.
- Wniosek zawiera zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia oraz podjęcia przez PUP właściwej decyzji.
- Wnioskodawca zapewnia udostępnienie przedstawicielom PUP dokumentacji przedsięwzięcia na każdym etapie działalności w okresie przed przyznaniem refundacji oraz w okresie trwania umowy.
- Od negatywnego stanowiska Starosty Gostyńskiego nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.
- **Wszystkie pozycje wniosku należy wypełnić dokładnie i czytelnie.**
- **Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji ze środków Funduszu Pracy.**

POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU

63-800 Gostyń, ul. Poznańska 200 G | tel. 0-65 572 33 67-68, 572 30 78 | NIP: 696 13 96 284
e-mail: pogo@praca.gov.pl | gostyn.praca.gov.pl

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

Wnioskodawca jest: (właściwie zaznaczyć)

- Przedsiębiorcą**
- niepubliczną szkołą**
(prowadzenie działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe)
- niepublicznym przedszkolem**
(prowadzenie działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe)
- niepubliczną inną formą wychowania przedszkolnego**
- producentem rolnym**
(posiadacz gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym lub prowadzący dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub w ustawie z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych)

Pełna nazwa Wnioskodawcy, siedziba i adres

(w przypadku osoby fizycznej imię i nazwisko, numer ewidencyjny PESEL lub w przypadku jego braku rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz miejsce zamieszkania i adres):

tel. kom. tel. stacjonarny

e-mail:

Adres do E-doręczeń lub epuap:

Czy Wnioskodawca ma konto na portalu praca.gov.pl tak nie

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie korespondencji przez portal praca.gov.pl tak nie

Osoba uprawniona do podpisania umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym)

Imię i nazwisko, PESEL, nazwa stanowiska służbowego, telefon kontaktowy

.....

Osoba wyznaczona do kontaktu z PUP

Imię i nazwisko, PESEL, nazwa stanowiska służbowego, adres e-mail oraz telefon kontaktowy

.....

NIP:	REGON (jeżeli został nadany):	EKD (PKD):

Forma prawna prowadzonej działalności:

Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:

Rodzaj prowadzonej działalności:

III. DANE DOTYCZĄCE NOWO TWORZONEGO STANOWISKA PRACY:

- Adres miejsca tworzenia stanowiska pracy:
- Wnioskowana liczba stanowisk:
- wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych/opiekunów:
- Wnioskowana kwota refundacji łącznie:
- Planowany termin uruchomienia stanowiska:

Nazwa stanowiska pracy	Rodzaj wykonywanej pracy	Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy

Czy obsługa sprzętu planowanego do zakupienia w ramach refundacji wymaga posiadania uprawnień

TAK NIE (właściwe zaznaczyć)

Wymień wymagane uprawnienia:

.....

.....

Uzasadnienie wydatków związanych z doposażeniem lub wyposażeniem stanowisk pracy
(do czego będzie służył dany sprzęt/urządzenie osobie zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY:

(WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ)

- Poręczenie
- Weksel in blanco
- Weksel z poręczeniem wekslowym (awal)
- Gwarancja bankowa
- Zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach
- Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym
- Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika
- Poręczenie Samorządowego Funduszu Poręczeń Kredytowych wraz z poręczeniem osoby fizyczne

Starosta weryfikuje spełnienie warunków uprawniających do ubiegania się refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na podstawie posiadanych przez niego danych, rejestrów publicznych, do których ma dostęp, lub oświadczeń złożonych przez wnioskodawcę.

Oświadczam, że:

1. **Nie zalegam** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
2. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
3. **Nie posiadam** w dniu składania wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. **Wykonywałem*** działalność gospodarczą przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej), a w przypadku niepublicznego przedszkola i szkoły – **prowadziłem*** działalności na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
5. **Spełniam** warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 Rozporządzenie 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 z 15.12.2023) lub art. 3 ust. 2. Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub art.3 ust.2 Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014r.w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz.Urz.UE L 190 z dnia 28.06.2014).
6. **Spełniam** warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 roku w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej i refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy .
7. **Otrzymałem(łam)*** / **nie otrzymałem*** pomoc de minimis w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.
wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w ciągu 3 minionych lat (od dnia złożenia wniosku) wynosi euro,
8. wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi euro.
9. W okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku **nie zmniejszyłem wymiar czasu pracy pracownika** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy z innych przyczyn, wymiar czasu pracy został uzupełniony.
10. W okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku **nie zmniejszyłem stanu zatrudnienia pracowników** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia z innych przyczyn, stan zatrudnienia został uzupełniony.
11. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **nie zmniejszyłem wymiar czasu pracy pracowników** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy z innych przyczyn, wymiar czasu pracy zostanie uzupełniony.
12. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **nie rozwiązę** stosunek pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku rozwiązania stosunku pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy stan zatrudnienia zostanie uzupełniony.
13. przedsiębiorstwo nie znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości

14. Nie jestem* /jestem* podatnikiem VAT

15. Zapoznałem się i akceptuję zasady refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego.

16. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) RODO.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy, osoby reprezentującej wnioskodawcę
lub osoby zarządzającej wnioskodawcą)

Jako wnioskodawca** / osoba reprezentująca wnioskodawcę** / osoba zarządzająca wnioskodawcą** w okresie ostatnich 2 lat nie byłam prawomocnie skazana za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu interesom majątkowym w obrocie cywilnym na podstawie ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony w przepisach prawa obcego.

Potwierdzam wiarygodność podanych we wniosku, w tym załącznikach informacji oraz oświadczeń. Z należyłą starannością zbadałem/łam ich prawdziwość. Jestem świadomy/ma, iż złożenie oświadczenia niezgodnego ze stanem rzeczywistym może być traktowane jako wprowadzenie w błąd organu administracji publicznej, w celu niekorzystnego rozporządzenia mieniem publicznym, co wypełnia znamiona art. 286 § 1 KK, w myśl którego „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy, osoby reprezentującej wnioskodawcę
lub osoby zarządzającej wnioskodawcą)

* - właściwe zaznaczyć X.

** - niepotrzebne skreślić lub właściwie podkreślić.

Starosta weryfikuje spełnienie warunków uprawniających do ubiegania się refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy na podstawie posiadanych przez niego danych, rejestrów publicznych, do których ma dostęp, lub oświadczeń złożonych przez wnioskodawcę.

Oświadczam, że:

1. **Nie zalegam** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
2. **Nie zalegam** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
3. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
4. **Nie posiadam** w dniu składania wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
5. Przez ostatnie 6 miesięcy przed składaniem wniosku prowadziłem gospodarstwo rolne lub specjalny dział produkcji rolnej
6. W okresie ostatnich 6 miesięcy zatrudniałem w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.
7. **Spełniam** warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 Rozporządzenie 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 z 15.12.2023) lub art. 3 ust. 2. Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub art.3 ust.2 Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014r.w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz.Urz.UE L 190 z dnia 28.06.2014).
8. **Spełniam** warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 roku w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej i refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy .
9. **Otrzymałem(łam)*** / **nie otrzymałem*** pomoc de minimis w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.
10. **Otrzymałem(łam)*** / **nie otrzymałem*** pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.

wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w ciągu 3 minionych lat (od dnia złożenia wniosku) wynosi euro,
12. wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi euro.
13. W okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku **nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracownika** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy z innych przyczyn, wymiar czasu pracy został uzupełniony.
14. W okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku **nie zmniejszyłem stanu zatrudnienia pracowników** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia z innych przyczyn, stan zatrudnienia został uzupełniony.
15. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **nie zmniejszyłem wymiaru czasu pracy pracowników** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy z innych przyczyn, wymiar czasu pracy zostanie uzupełniony.
16. W okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy **nie rozwiążę stosunku pracy** z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia z innych przyczyn, stan zatrudnienia zostanie uzupełniony.
17. przedsiębiorstwo nie znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości .

18. Nie jestem / jestem * podatnikiem VAT

19. **Zapoznałem się i akceptuję zasady refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego.**

20. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) RODO.

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć wnioskodawcy, osoby reprezentującej wnioskodawcę
lub osoby zarządzającej wnioskodawcą)

Jako wnioskodawca** / osoba reprezentująca wnioskodawcę** / osoba zarządzająca wnioskodawcą** w okresie ostatnich 2 lat nie byłam prawomocnie skazana za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu interesom majątkowym w obrocie cywilnym na podstawie ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony w przepisach prawa obcego.

Potwierdzam wiarygodność podanych we wniosku, w tym załącznikach informacji oraz oświadczeń. Z należytą starannością zbadałem/łam ich prawdziwość. Jestem świadomy/ma, iż złożenie oświadczenia niezgodnego ze stanem rzeczywistym może być traktowane jako wprowadzenie w błąd organu administracji publicznej, w celu niekorzystnego rozporządzenia mieniem publicznym, co wypełnia znamiona art. 286 § 1 KK, w myśl którego „Kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć wnioskodawcy, osoby reprezentującej wnioskodawcę
lub osoby zarządzającej wnioskodawcą)

* - właściwe zaznaczyć X.

** - niepotrzebne skreślić lub właściwe podkreślić.

DO WNIOSKU OBOWIĄZKOWO NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- 1) kalkulację wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy; szczegółową specyfikację i harmonogram wszystkich zakupów wyposażenia i doposażenia stanowisk pracy, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii. (zał. Nr 1),
- 2) dokumenty potwierdzające tytuł prawny do lokalu, w którym zostanie utworzone miejsce pracy,
 - lokal własny – akt własności
 - lokal wynajęty – umowa najmu (dzierżawy)

3) kserokopię dokumentu poświadczającego formę prawną: w przypadku podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą:

- umowa spółki cywilnej,
- KRS

w przypadku przedszkola, szkoły:

- aktualne zaświadczenie o wpisie do jednostek oświatowych
- statut
- dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentowania i działania w imieniu szkoły

w przypadku producenta rolnego:

- wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis w rolnictwie oraz pomocy de minimis w rybołówstwie lub pomocy de minimis, jaką otrzymał w okresie, o którym mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia 1408/2013, albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
 - informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
 - dokument potwierdzający fakt posiadania statusu producenta rolnego
 - dokumenty potwierdzające zatrudnienie pracownika w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie; (RMUA zatrudnionego pracownika)
- 4) wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
 - 5) inne dokumenty potwierdzające fakty związane z wnioskiem,
 - 6) w przypadku zabezpieczenia w formie aktu notarialnego należy wypełnić oświadczenie majątkowe (str. 10)

Wszystkie kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę.

Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.

(Wypełnić w przypadku korzystania z zabezpieczenia w formie aktu notarialnego)

OŚWIADCZENIE MAJĄTKOWE

Wnioskodawca	<input type="text"/>	PESEL/KRS	<input type="text"/>
Imię i nazwisko współmałżonka Wnioskodawcy *	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>

1. Ruchomości

Rodzaj	Wartość w złotych	Obciążenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Lokaty, oszczędności, papiery wartościowe

Rodzaj	Wartość w złotych
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Nieruchomości

	Nr KW	Wartość w złotych	Obciążenia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Inne źródła dochodu wraz z podaniem kwot (w tym dochód z działalności gospodarczej za ostatni rok)

<input type="text"/>

5. Zobowiązania

Rodzaj	Wartość w złotych	Terminy spłaty
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Ustawowa wspólność majątkowa * (właściwe zaznaczyć „X”)

Pozostaję we wspólnocie majątkowej Pozostaję w rozdzielności majątkowej Jestem niezamężna/nieżonaty

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą, co stwierdzam/y własnoręcznym podpisem.

Podpis składającego oświadczenie

Podpis współmałżonka

data

* Nie dotyczy podmiotów wpisanych do KRS

(Wypełnić w przypadku korzystania z poręczenia)

POREĘCZYCIEL 1

Imię i nazwisko:				
Pełny adres zamieszkania:				
Telefon kontaktowy:				
PESEL:			NIP:	
Rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> Panna/ Kawaler	<input type="checkbox"/> Mężatka/ Żonaty	<input type="checkbox"/> Rozwiedziona/ Rozwiedziony	<input type="checkbox"/> Wdowa/ Wdowiec
Małżeńska wspólnota majątkowa: (Dot. osób będących w związku małżeńskim)	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	
Miejsce pracy (źródło dochodu):				
Nazwa zakładu pracy:				
Pełny adres siedziby firmy:				
Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto z ostatnich 3 miesięcy:				
Współmałżonek Poręczyciela				
Imię i Nazwisko:				
PESEL:				
Rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				

POREĘCZYCIEL 2

Imię i nazwisko:				
Pełny adres zamieszkania:				
Telefon kontaktowy:				
PESEL:			NIP:	
Rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> Panna/ Kawaler	<input type="checkbox"/> Mężatka/ Żonaty	<input type="checkbox"/> Rozwiedziona/ Rozwiedziony	<input type="checkbox"/> Wdowa/ Wdowiec
Małżeńska wspólnota majątkowa: (Dot. osób będących w związku małżeńskim)	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	
Miejsce pracy (źródło dochodu):				
Nazwa zakładu pracy:				
Pełny adres siedziby firmy:				
Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto z ostatnich 3 miesięcy:				
Współmałżonek Poręczyciela				
Imię i Nazwisko:				
PESEL:				
Rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				

Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko:				
Pełny adres zamieszkania:				
PESEL:		NIP:		
Rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				
Stan cywilny:	<input type="checkbox"/> Panna/ Kawaler	<input type="checkbox"/> Mężatka/ Żonaty	<input type="checkbox"/> Rozwiedziona/ Rozwiedziony	<input type="checkbox"/> Wdowa/ Wdowiec
Małżeńska wspólnota majątkowa: (Dot. osób będących w związku małżeńskim)	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	

Dane dotyczące **współmałżonka** Wnioskodawcy

(uzupełnić w przypadku prowadzenia działalności na podstawie wpisu do ewidencji gospodarczej)

Imię i nazwisko:	
PESEL:	
Rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	

.....
/podpis i pieczętka Wnioskodawcy/

Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wszystkich wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii /należy podawać wartości brutto/

Specyfikacja wydatków	Wartość zakupu brutto	Termin zakupu
		PO PODPISANIU UMOWY

.....
/podpis i pieczętka Wnioskodawcy/