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

 (miejscowość i data)

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

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

# w Gorlicach

**WNIOSEK**

**o refundację ze środków Funduszu Pracy**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

(należy dokonać wyboru jednej z niżej wskazanych grup zaznaczając odpowiedni kwadrat)

 🞎 **dla skierowanego bezrobotnego**

 🞎 **dla skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej**

 🞎 **dla skierowanego poszukującego pracy absolwenta**

**Podstawa prawna:**

* Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 ze zm.)
* Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 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 (Dz. U. poz. 1380)
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j . Dz. U. z 2018 r. poz. 362 zez zm.)
* Rozporządzenie 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)
* 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9)

**Uwaga:**

* + **Wniosek należy wypełnić czytelnie.**
	+ **Fakt złożenia wniosku nie oznacza przyznania środków Funduszu Pracy.**
	+ **Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.**
	+ **Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.**
	+ **Wniosek winien być podpisany przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do wniosku, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę**.

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Wnioskodawca jest: (właściwe zaznaczyć)

** żłobkiem lub klubem dziecięcym sprawującym opiekę nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzącym dla nich zajęcia** (tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nie posiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3)

** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych**

2. Pełna nazwa wnioskodawcy (w przypadku osoby fizycznej także imię i nazwisko) ……………………..................

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

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

3. Adres siedziby wnioskodawcy lub adres miejsca zamieszkania ………………………………………...………….

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

4. Adres do korespondencji (w przypadku gdy jest inny niż siedziby) …………………………………………………..

5. Forma prawna prowadzonej działalności.............................................................................................

6. Wielkość wnioskodawcy[[1]](#footnote-1) ...........................................................................................................................................

7. NIP................................. REGON............................... Numer PESEL (w przypadku osoby fizycznej) ……………..…

8. Kod PKD przeważający ............................... Kod PKD związany z tworzonym stanowiskiem pracy …………………..

9. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej …………………………………………………………...……….…..

10. Osoba uprawniona do reprezentowania wnioskodawcy ...........................................................................................

11. Osoba odpowiedzialna za kontakt z Urzędem ……………………………………………………………………..

12. Telefon kontaktowy ............................................................... e-mail: ......................................................................

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych / opiekunów / absolwentów ….……….......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa stanowiska pracy\* .............................................................................................................. | Kod zawodu\*........................................................ |
| Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP, w tym:- poziom i kierunek wykształcenia ........................................................................................................................- staż pracy .............................................................................................................................................................- niezbędne umiejętności, uprawnienia ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................- inne wymagania .................................................................................................................................................. | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę skierowaną (szczegółowy opis zadań wykonywanych na stanowisku)....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Wymiar czasu pracy (min. ½ etatu)…………………………………….. | Godziny pracy............................................. | Zmianowość ...................................................... |

\* zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej <http://psz.praca.gov.pl/klasyfikacja_zawodow/index.php>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa stanowiska pracy\* .............................................................................................................. | Kod zawodu\*........................................................ |
| Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby skierowane przez PUP, w tym:- poziom i kierunek wykształcenia ........................................................................................................................- staż pracy .............................................................................................................................................................- niezbędne umiejętności, uprawnienia ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................- inne wymagania .................................................................................................................................................. | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę skierowaną (szczegółowy opis zadań wykonywanych na stanowisku)....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Wymiar czasu pracy (min. ½ etatu)…………………………………….. | Godziny pracy............................................. | Zmianowość ...................................................... |

\* zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – <http://psz.praca.gov.pl/klasyfikacja_zawodow/index.php>

1. Miejsce wykonywania pracy przez osoby skierowane (podać dokładny adres) ........................................................ ...................................................................................................................................................................................
2. Wnioskodawca **zapewnia / nie zapewnia / nie dotyczy** (właściwe podkreślić)

dojazd do miejsca pracy i zakwaterowanie w przypadku pracy w delegacji.

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla osób skierowanych (brutto) ………….……………..
2. Opis planowanej inwestycji związanej z tworzeniem miejsc pracy

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Wnioskowana kwota refundacji …………….....….zł, słownie …………………….….…….………………. zł.

**III. ANALIZA FINANSOWA**

1. **Kalkulacja wydatków** na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Liczba miejsc pracy  | Źródła finansowania nowych stanowisk pracy (w zł) | Koszt utworzenia stanowiska pracy(razem w zł) |
| Środki własne | Środki z Funduszu Pracy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |

**UWAGA: w przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, pkt 2 i 3 należy przygotować**

 **oddzielne dane dla każdego stanowiska pracy**

Nazwa stanowiska ……………………...........................................………………………………...……..

1. **Specyfikacja wydatków** dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowisk pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymogami ergonomii

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie wydatków | Liczba szt. | Sprzęt używany(zaznaczyć X) | Koszt zakupu (w zł) /w kwotach brutto/ |
| Finansowany ze środków własnych | Finansowany z Funduszu Pracy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |

**Uwagi:** Przy kalkulowaniu wydatków należy brać pod uwagę ceny aktualnie obowiązujące.

W przypadku zakupu sprzętu używanego konieczność udokumentowania fakturą.

W przypadku zakupu samochodu należy podać jego parametry.

3. **Uzasadnienie zakupów** związanych z wyposażeniem lub doposażeniem stanowiska pracy dla osoby skierowanej, finansowanych ze środków Funduszu Pracy pod kątem ich celowości, niezbędności i przydatności w wykorzystaniu do pracy na refundowanym stanowisku

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie sprzętu / grupy sprzętów | Uzasadnienie zakupu(do czego będzie służył dany sprzęt osobie zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy, jak będzie wykorzystany) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IV. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA W FIRMIE:**

1. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę ogółem \* | Liczba etatów |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

 \* zgodnie z danymi przedstawianymi w imiennych raportach miesięcznych ZUS RCA

1. Liczba osób, z którymi w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

rozwiązano stosunek pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba osób,z którymirozwiązano stosunek pracy | Liczba osób,którym zmniejszono wymiar czasu pracy | Liczba osób zwolnionychza wypowiedzeniem przez zakład pracy | Liczba osób zwolnionych na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników | Liczba osób zwolnionychz innych przyczyn niż za wypowiedz. przez zakład pracy lub na mocy porozumienie stron z przyczyn niedotycz. pracowników i **powód rozwiązania** stosunku pracy |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | miesiąc złożenia wniosku |  |  |  |  |  |

3. Stan zatrudnienia **na dzień złożenia wniosku** wynosi ................ osób, w tym …………. etatów.

4. Liczba umów o pracę zawartych na czas określony, których termin obowiązywania kończy się w miesiącu składania wniosku lub w ciągu 3 kolejnych miesięcy wynosi ...............

 Kontynuacja zatrudnienia po ich zakończeniu planowana jest dla ............ osób.

1. Liczba osób, które na dzień złożenia wniosku przebywają w okresie wypowiedzenia: ............... osób.

6. Termin wypłaty wynagrodzeń: (właściwe zaznaczyć)

□ wynagrodzenie wypłacane w miesiącu, w którym świadczono pracę,

□ wynagrodzenie wypłacane w miesiącu następnym po miesiącu świadczenia pracy.

7. **Złożyłem(am) / nie złożyłem(am)** wniosek o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub

 doposażenia stanowiska pracy na miejsce(a) pracy wyszczególnione w ww. wniosku, do innego starosty.

 (właściwe podkreślić)

**V. ZABEZPIECZENIE PRAWIDŁOWEGO WYKORZYSTANIA ŚRODKÓW**

1. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu przyznanych środków: (właściwe zaznaczyć)

□ weksel z poręczeniem wekslowym (aval),

□ gwarancja bankowa,

□ blokada środków na rachunku bankowym.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 KK: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

(pieczęć, podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania)

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA WNIOSKU**

(Uwaga: Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem)

1. Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1.
2. Oświadczenie o pomocy de minimis – załącznik nr 2.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

(druk dostępny w Dz. U. z 2014 r. poz. 1543 oraz na stronie internetowej http://gorlice.praca.gov.p)

1. W przypadku producentów rolnych 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.
2. W przypadku ubiegania się wnioskodawcy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia więcej niż jednego stanowiska pracy, pkt 2 *Specyfikacja wydatków* oraz pkt 3 *Uzasadnienie zakupów* w III części Analiza finansowa (strona 4 wniosku) należyprzygotować oddzielnie dla każdego stanowiska pracy.
3. Inne dokumenty: .........................................................................................................................................................................

**Opinia doradcy klienta o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowisko pracy zarejestrowanych osób bezrobotnych, poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej lub poszukujących pracy absolwentów:**

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

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

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

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

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

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

 ………………………………….

 Data i podpis doradcy klienta

#### Załącznik nr 1

do Wniosku o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**ŻŁOBKA , KLUBU DZIECIĘCEGO LUB**

**PODMIOTU ŚWAUDCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 KK: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”)**

**oświadczam, że:**

1. **zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z :
* wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
* opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
* opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),
1. **posiadam / nie posiadam**\* nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

3) **byłem / nie byłem\*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi

gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 628 ze zm.),

4) **zmniejszyłem / nie zmniejszyłem\*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wymiar czasu pracy pracownika,

5) **rozwiązałem / nie rozwiązałem\*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku

stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika,

6) **spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
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(Dz. U. poz. 1380) oraz 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),

7) **otrzymałem / nie otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie

 wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,

8) w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia wniosku **zostałem / nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,

9) **składam / nie składam\*** sprawozdania finansowe, sporządzane zgodnie z przepisami o rachunkowości,

10) **jestem / nie jestem\*** płatnikiem podatku VAT,

 w ramach wnioskowanych środków **mogę / nie mogę\*** obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony,

121) **zobowiązuje się** do złożenia w dniu podpisania umowy stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Gorlicach, otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis,

12) **przyjmuję do wiadomości**, że Powiatowy Urząd Pracy nie dokona refundacji, w przypadku gdy wnioskodawca zmniejszy wymiar czasu pracy pracownika lub rozwiąże stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez zakład pracy, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników, w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,

13) **przyjmuję do wiadomości**, że Powiatowy Urząd Pracy nie może zrefundować wydatków, na których finansowanie wnioskodawca otrzymał wcześniej środki publiczne,

14) **przyjmuję do wiadomości**, że wypłata refundacji i skierowanie bezrobotnego/opiekuna/absolwenta, będzie możliwe po przeprowadzeniu przez Urząd kontroli wstępnej, stwierdzającej utworzenie stanowiska pracy, jego wyposażenie lub doposażenie,

15) **zobowiązuję się** do:

a) zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy przez okres co najmniej 24 miesięcy skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna lub skierowanego absolwenta co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy (zatrudnienie osoby musi nastąpić po zorganizowaniu stanowiska pracy, przedłożeniu rozliczenia, o którym mowa w § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia, stwierdzeniu przez Urząd faktu utworzenia stanowiska pracy, jego wyposażenia lub doposażenia, skierowaniu przez Urząd bezrobotnego/opiekuna/absolwenta na nowoutworzone stanowisko pracy),

b) utrzymania przez okres 24 miesięcy stanowiska pracy utworzonego w związku z przyznaną refundacją,

16) **przyjmuję do wiadomości**, że:

a) niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w pkt 15 niniejszego oświadczenia powoduje obowiązek zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, refundacji w wysokości proporcjonalnej do okresu niezatrudniania na utworzonym stanowisku pracy skierowanego bezrobotnego, opiekuna lub absolwenta,

b) naruszenie warunków umowy innych niż określone w pkt 15 niniejszego oświadczenia powoduje obowiązek zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania środków,

c) doboru kandydatów na tworzone w ramach wyposażenia lub doposażenia stanowisko pracy dokonuje Powiatowy Urząd Pracy.

17) **oświadczam,** że zapoznałem się z treścią Kryteriów i preferencji realizacji refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy ze środków Funduszu Pracy w PUP w Gorlicach*,* zamieszczonych na stronie internetowej http://gorlice.praca.gov.pl.

18) **DEKLARACJA KONTYNUACJI ZATRUDNIENIA**

**zobowiązuję się / nie zobowiązuję się\*** do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego/ opiekuna/ absolwenta przez okres kolejnych 3 miesięcy następujących bezpośrednio po okresie wymaganym umową (tj. po okresie 24 miesięcy zatrudnienia).

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

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

 /miejscowość, data/

 …................................................... \* właściwe podkreślić /pieczęć i podpis wnioskodawcy/

**Załącznik nr 2**

do Wniosku o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

……………………………

 pieczęć wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam co następuje:

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

(pełna nazwa Wnioskodawcy)

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej **nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am[[2]](#footnote-2)** pomoc publiczną de minimis**[[3]](#footnote-3)** w następującej wielkości:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna jej otrzymania | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy | Wartość pomocy brutto |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |

 …………………… ……………………………….

 miejscowość, data pieczęć i podpis wnioskodawcy

1. Zgodnie z ustawą z dnia 06 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 ze zm):

**mikroprzedsiębiorca -** przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

**mały przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;

**średni przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

	1. zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz
	2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą; [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

a) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;

b) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

c) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;

d) jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

 Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo. [↑](#footnote-ref-3)