**POWIATOWY URZAD PRACY W PISZU**

**12-200 PISZ**

**ULICA JANA ONUFREGO ZAGŁOBY NR 2**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(nazwa wnioskodawcy)

**W N I O S E K**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

NR ........................................................................................

*(numer z rejestru wpływu wniosków nadawany przez Urząd)*

Nazwa wnioskodawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokładny adres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODSTAWA PRAWNA:**

* Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz.620);
* 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 (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 243 z póżn.zm.);
* Rozporządzenia Komisji (UE) NR 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 roku 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);
* Rozporządzenia Komisji (UE) NR 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku 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,   
  z późn.zm.);
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 468);
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. 2024, poz. 40 ze zm.);
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się   
  o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r. Nr 121, poz. 810);
* Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781);
* Rozporządzenie 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).

U W A G A :

* **Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku.**
* **Rozpatrzeniu podlegał będzie jedynie wniosek prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów stanowiących podstawę przyznania refundacji.**
* **Wszelkie poprawki naniesione we wniosku należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie.**
* **Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**
* **Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.**
* **Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania środków. Środki publiczne przeznaczone na refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.**
* **Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.**
* **Dane osobowe pozyskane na podstawie niniejszego wniosku o refundacje kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy będą przetwarzane w celu jego realizacji lub zawarcia umowy, archiwalnym oraz statystycznym.**

1. **INFORMACJE OGÓLNE - DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
2. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności \* - pełna nazwa zgodnie   
   z dokumentami rejestrowymi.

* przedsiębiorca,
* niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego,  
   niepubliczna szkoła, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe,
* osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zamieszkująca lub mająca siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącej posiadaczem gospodarstwa rolnego ( producent rolny) w rozumieniu ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym lub prowadzącej 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 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych,
* żłobek lub klub dziecięcy tworzony i prowadzony przez osoby fizyczne, osoby prawne  
  i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w ustawie   
  z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, związanego ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem zajęć dla nich
* przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społeczne, prowadzące działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych,
* przedsiębiorca który ubiega się o środki na stanowisko pracy dziennego opiekuna sprawującego opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnoprawnym.

\*właściwe zaznaczyć znakiem „x"

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

1. Imię/imiona i nazwisko wnioskodawcy, w przypadku osoby fizycznej lub osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy (zgodnie z dokumentami rejestrowymi (CEiDG, KRS) lub oddzielnym pełnomocnictwem, numerem PESEL

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

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

1. Czy wnioskodawca pozostaje we wspólnocie majątkowej ze swoim współmałżonkiem (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą i wspólników spółki cywilnej)

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY**\***

\* niewłaściwe skreślić

1. Adres siedziby (z kodem) ................................................................................................................

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

………………………………………………………………………… TELEFON …………………………………………

1. Adres do doręczeń………….………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Wyrażam /nie wyrażam\* zgodę(y) na przesyłanie korespondencji drogą elektroniczną. Jeśli tak proszę o podanie adresu e-mail ..………….……………………..…………………………………………….....................

\* niewłaściwe skreślić

1. Adres do doręczeń elektronicznych (e-Doręczenia)……………………………………………………………….,
2. Indywidulane konto w systemie teleinformatycznym…………………………………………………………….,
3. NIP............................................,czy wnioskodawca jest płatnikiem VAT..........................................,
4. Forma opodatkowania i stawka podatkowa....................................................................................,
5. Numer REGON/KRS ........................ /............................. oraz symbol podklasy określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) .............................................................................................

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

1. Charakterystyka prowadzonej działalności oraz krótki jej opis w związku z tworzonym stanowiskiem pracy.…….…………………………………..................................................................................................

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

**13.** Data rozpoczęcia prowadzenia działalności....................................................................................

**14.** Wielkość przedsiębiorstwa

* mikroprzedsiębiorca
* mały przedsiębiorca
* średni przedsiębiorca
* inny przedsiębiorca

W kategorii **mikroprzedsiębiorstw definiuje się, jako** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

W kategorii **małe przedsiębiorstwo** definiuje się, jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**Do** kategorii **średnich przedsiębiorstw** (należą przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

**15.** Liczba zatrudnionych\* w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników   
 w poszczególnych 6 miesiącach bezpośrednio poprzedzających dzień złożenie wniosku.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pozycja | **Miesiąc/rok** | Liczba zatrudnionych pracowników | Liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | Liczba pracowników,  z którymi wnioskodawca zmniejszył stan zatrudnienia | Liczba pracowników, z którymi wnioskodawca zmniejszył wymiar czasu pracy | Czy uzupełniono stan zatrudnienia lub wymiar czasu pracy? |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Na dzień ….……. złożenia wniosku** (*data)* |  |  |  |  |  |

W przypadku wystąpienia rotacji w zatrudnieniu w ostatnich 6 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku o refundację proszę wyjaśnić z jakiego powodu oraz przedłożyć dokumentację tego faktu: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

**\* WYJAŚNIENIA do oświadczenia o zatrudnieniu:**

**Do zatrudnionych zalicza się:** osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru lub mianowania, w tym również zatrudnione przy pracach interwencyjnych i robotach publicznych, finansowanych z Funduszu Pracy, osoby przebywające za granicą na podstawie delegacji służbowej

**II. A**

**DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO DO UTWORZENIA STANOWISKA PRACY**

1. Wnioskowana kwota refundacji .………………………........................................................................,
2. Wnioskowane stanowisko/a pracy na zatrudnienie skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy - określić: liczbę osób ………….\*,
3. Wnioskowane stanowisko/a pracy na zatrudnienie skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy - określić: wymiar czasu pracy ………………..… oraz liczbę osób ………….….\*

\* pełny wymiar czasu pracy- w przypadku skierowanego bezrobotnego zatrudnionego na stanowisku, o którym mowa w art. 154 ust.1 ustawy z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. 2025, poz.620), lub połowa pełnego wymiaru czasu pracy- w przypadku skierowanego poszukującego pracy, niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej, zatrudnionego na stanowisku, o którym mowa w art. 154 ust.1, lub skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy niezatrudnionego i niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej, zatrudnionego na stanowisku pracy, o którym mowa w art. 154 ust. 2 lub 3 ww. ustawy.

1. Nazwa zawodu /stanowisk(a) pracy (musi być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy na podstawie Rozporządzenia MPiPS z dnia 07 sierpnia 2014 roku   
   (t.j. Dz. U. z 2018, poz. 227 z późn.zm.):

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

1. Rodzaj i zakres (czynności) pracy, jaką wykonywana będzie przez skierowanego bezrobotnego, skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej na planowanym do utworzenia stanowisku pracy:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Wymagane kwalifikacje, umiejętności, doświadczenie zawodowe i inne niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny, skierowany poszukujący pracy opiekun osoby niepełnosprawnej na planowanym do utworzenia stanowisku pracy:

* poziom wykształcenia ………………………………………………………………………………………………….
* kwalifikacje i umiejętności ………………………………………………………..………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………
* uprawnienia ……………………………………………………………………………………………………………..

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

* doświadczenie ……………………………………………….……................................................................
* znajomość języków obcych (poziom znajomości)…………………………………………………………………
* inne………………………………………………………………....................................................................

1. Proponowane warunki pracy w zakresie - wymiaru czasu pracy, zmianowości, godzin pracy .........

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

1. Miesięczne wynagrodzenie brutto z tytułu zatrudnienia osoby bezrobotnej, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej: ………………………………………………………………………………
2. Dane dotyczące stanowiska pracy - prosimy podać informację o lokalu (miejscu), w którym zostanie zorganizowane miejsce pracy…………………………………………….......................................

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

Adres miejsca prowadzenia działalności na terenie powiatu piskiego .......................................

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

**10.** Forma prawna do lokalu/gruntu (właściwe zaznaczyć):

Własne Wynajęte Użyczone - w przypadku umowy najmu bądź dzierżawy: okres na  
  
jaki została zawarta …..…..................................................................................................................

**III.**

**KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE LUB DOPOSAŻENIE POSZCZEGÓLNYCH STANOWISK PRACY I ŹRÓDŁA ICH FINANSOWANIA**

1) Nazwa zawodu / stanowisk(a) pracy **……………………...…………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Wyszczególnienie – rodzaj wydatków, parametry sprzętu (np. typ, model, rocznik)** | **Kwota planowanych wydatków ze środków FP**  **w złotych**  **netto/brutto** | | **Kwota wkładu własnego**  **w złotych** | **Razem planowane wydatki**  **w złotych** | **Zakup używany**  **TAK/NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2)** Nazwa zawodu / stanowisk(a) pracy **………….………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Wyszczególnienie – rodzaj wydatków, parametry sprzętu (np. typ, model, rocznik)** | **Kwota planowanych wydatków ze środków FP**  **w złotych netto/brutto** | | **Kwota wkładu własnego**  **w złotych** | **Razem planowane wydatki**  **w złotych** | **Zakup używany**  **TAK/NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**IV. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA 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.

**Dokonywanie płatności** związanych z planowanymi wydatkami powinno **nastąpić za pośrednictwem rachunku płatniczego przedsiębiorcy** w myśl art. 19 ustawy Prawo przedsiębiorców z 06.03.2018 roku (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 236)

1. Wnioskowana kwota refundacji wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy .................................

Nazwa tworzonego stanowiska pracy ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie - rodzaj wydatków, parametry sprzętu (np. typ, model, rocznik)** | **Przewidywany termin zakupów** | **Planowane wydatki ze środków Funduszu Pracy w złotych**  (kwota brutto) w przypadku podatników podatku VAT wskazujemy kwotę netto\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Wnioskowana kwota refundacji wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy .................................

Nazwa tworzonego stanowiska pracy ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie - rodzaj wydatków, parametry sprzętu (np. typ, model, rocznik)** | **Przewidywany termin zakupów** | **Planowane wydatki ze środków Funduszu Pracy w złotych**  (kwota brutto) w przypadku podatników podatku VAT wskazujemy kwotę netto\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* W przypadku gdy wnioskodawcy przysługuje prawo do obniżenia podatku należy wypełnić tabelkę   
*„****Kwota planowanych wydatków ze środków FP*”** kwotami NETTO, natomiast gdy nie przysługuje kwotami BRUTTO.

**W przypadku większej liczby nowo tworzonych miejsc pracy prosimy podać szczegółową specyfikację zakupów dla każdego stanowiska według ww. schematu.**

**V. INNE INFORMACJE**

Formy zabezpieczenia zwrotu przez podmiot refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy (właściwe podkreślić):

* poręczenie,
* weksel in blanco,
* weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
* gwarancja bankowa,
* zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach,
* blokada środków zgromadzonych na rachunku płatniczym,
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

Zabezpieczenie może zostać ustanowione w jednej lub kilku formach. Przy zabezpieczeniu w formie weksla in blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji jest konieczne ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia.

*Dodatkowe informacje w sprawie form zabezpieczenia zwrotu zawarte są w § 6 „Kryteriów refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków w Powiatowym Urzędzie Pracy w Piszu”.*

*W przypadku aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia majątkowego.*

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

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

*(data, pieczątka i czytelny podpis* wnioskodawcy lub osób/osoby uprawnionych

do reprezentowania wnioskodawcy*)*

Upoważniam Urząd do sprawdzenia danych podanych we wniosku oraz informacji składanych w czasie trwania umowy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy. Oświadczam, że znane mi są przepisy prawa w sprawie ochrony osób fizycznych   
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych i akceptuję je. Jednocześnie oświadczam, że moje dane osobowe przekazywane są przeze mnie dobrowolnie oraz, że zostałem/łam poinformowany/na   
o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

**Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z „Kryteriami refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz form zabezpieczenia zwrotu otrzymanych środków w Powiatowym Urzędzie Pracy w Piszu” oraz aktami prawnymi je regulującymi.**

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

(czytelny podpis wnioskodawcy lub osób/osoby uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

DOTYCZĄCE **OTRZYMANIA/ NIEOTRZYMANIA\*** POMOCY DE MINIMIS

* PRZEDSIĘBIORCY, W TYM ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE
* NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA LUB NIEPUBLICZNEJ INNEJ FORMY WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO LUB NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY
* PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO

**Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** lub **zatajenia prawdy** wynikających z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, **oświadczam,** że na dzień złożenia wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla osoby bezrobotnej **w okresie minionych trzech lat** :

1. **otrzymałem pomoc de minimis / nie otrzymałem pomocy de minimis\*** w wysokości …………..………......... euro
2. **otrzymałem pomoc de minimis / nie otrzymałem pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie\*** w wysokości …………..………......... euro

W przypadku otrzymania pomocy należy wypełnić poniższe zestawienie albo dołączyć kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis oraz pomocyde minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w ciągu minionych trzech lat.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Nr umowy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

1. **otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

\*niewłaściwe skreślić

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

*(data, pieczątka i podpis podmiotu lub osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)*

**Załącznik nr 1A**

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE OTRZYMANIA/ NIEOTRZYMANIA\* POMOCY DE MINIMIS**

**PRODUCENTA ROLNEGO**

**Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** lub **zatajenia prawdy** wynikających z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, **oświadczam,** że na dzień złożenia wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla osoby bezrobotnej **w okresie minionych trzech lat**:

1. **nie otrzymałem pomocy de minimis\* w rolnictwie lub rybołówstwie/ otrzymałem pomoc   
   de minimis\* w rolnictwie lub rybołówstwie** w wysokości ………………………............. euro
2. **nie otrzymałem pomocy de minimis\* / otrzymałem pomoc de minimis\***w wysokości ………………………............. euro

W przypadku otrzymania pomocy należy wypełnić poniższe zestawienie albo dołączyć kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis   
w rolnictwie lub rybołówstwie lub pomocy de minimis w roku ubiegania się o pomoc w okresie minionych trzech lat.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Nr umowy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

1. **otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis w rolnictwie.

\*niewłaściwe skreślić

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

*(data, pieczątka i podpis podmiotu lub osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE**

PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O REFUNDACJĘ,   
O KTÓREJ MOWA W ART.154 UST.1 USTAWY:

**-** PRZEDSIĘBIORCY,

**-** NIEPUBLICZNEGO PRZEDSZKOLA LUB NIEPUBLICZNEJ INNEJ FORMY WYCHOWANIA   
 PRZEDSZKOLNEGO LUB NIEPUBLICZNEJ SZKOŁY.

**Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1. Przez ostatnie 6 miesięcy **wykonywałem/nie wykonywałem\*** działalność gospodarczą;- dotyczy przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.
2. Przez ostatnie 6 miesięcy **wykonywałem/nie wykonywałem\*** działalność na podstawie ustawy   
   z dnia 14 grudnia 2016 r.-Prawo oświatowe- dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły.
3. W okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłam zmniejszyłam\*** wymiar czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienie z innych przyczyn- **uzupełniłem/nie uzupełniłem/ nie dotyczy\*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.
4. **Nie zalegam/zalegam\*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom.
5. **Nie zalegam/zalegam\*** 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.
6. **Nie zalegam/zalegam\*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
7. **Nie zalegam\*/zalegam\*** z opłacaniem innych danin publicznych.
8. **Nie posiadam\*/posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
9. Wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą w okresie ostatnich 2 lat **nie były/były\*** prawomocnie skazane za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia   
   6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia   
   10 września 1999 r.- kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony   
   w przepisach prawa obcego.
10. W okresie **365 dni** przed dniem zgłoszenia oferty pracy **nie zostałem prawomocnie ukarany   
    /zostałem prawomocnie ukarany** za wykroczenie **lub** **nie zostałem prawomocnie skazany /zostałem prawomocnie skazany\*** za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo **nie jestem objęty /jestem objęty\*** postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy lub w innych uzasadnionych przypadkach.
11. **Jestem/nie jestem\*** płatnikiem podatku VAT zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r.   
    o podatku od towarów i usług.
12. **Nie orzeczono/orzeczono\*** w stosunku do mnie kary/ę zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
13. **Nie** **otrzymałem/otrzymałem\*** decyzji (ę) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

\* niewłaściwe skreślić

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

(data, pieczątka zakładu i czytelny podpis wnioskodawcy

lub osób/osoby uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2A**

**OŚWIADCZENIE**

PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O REFUNDACJĘ,   
O KTÓREJ MOWA W ART.154 UST.2 i 3 USTAWY

**-** PRZEDSIĘBIORCY, W TYM ŻŁOBKA LUB KLUBU DZIECIĘCEGO LUB PODMIOTU

ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI REHABILITACYJNE,

- PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO.

**Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1. **Nie zmniejszyłem/zmniejszyłem\*** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników   
   z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienie z innych przyczyn- **uzupełniłem /nie uzupełniłem/nie dotyczy\*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie swego funkcjonowania,   
   w przypadku gdy wykonuje działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy.
2. **Nie zmniejszyłem/zmniejszyłem\*** wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników   
   z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienie z innych przyczyn- **uzupełniłem /nie uzupełniłem/nie dotyczy\*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy lub w okresie posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego, w przypadku gdy posiada ten status krócej niż 6 miesięcy,   
   w przypadku gdy wykonuje działalność gospodarczą krócej niż 6 miesięcy-dotyczy przedsiębiorstwa społecznego**.**
3. **Nie zalegam/zalegam\*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom.
4. **Nie zalegam/zalegam\*** 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.
5. **Nie zalegam/zalegam\*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
6. **Nie zalegam\*/zalegam\*** z opłacaniem innych danin publicznych.
7. **Nie posiadam\*/posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
8. Wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą w okresie 2 lat **nie były/były\*** prawomocnie skazane za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia   
   6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony   
   w przepisach prawa obcego.
9. **Jestem/nie jestem\*** płatnikiem podatku VAT zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r.   
   o podatku od towarów i usług.
10. **Nie orzeczono/ orzeczono\*** w stosunku do mnie kary/ę zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
11. **Nie** **otrzymałem/otrzymałem\*** decyzji (ę) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

\* niewłaściwe skreślić

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

(data, pieczątka zakładu i czytelny podpis wnioskodawcy

lub osób/osoby uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2B**

**OŚWIADCZENIE PRODUCENTA ROLNEGO**

**Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1. Przez ostatnie 6 miesięcy **posiadałem/nie posiadałem\*** gospodarstwa rolnego lub **prowadziłem/ nie prowadziłem** działu specjalnego produkcji rolnej.
2. W okresie ostatnich 6 miesięcy **zatrudniałem/nie zatrudniałem\*** w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.
3. W okresie ostatnich 6 miesięcy **nie zmniejszyłam/zmniejszyłam\*** wymiar czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienie z innych przyczyn- **uzupełniłem/nie uzupełniłem / nie dotyczy\*** wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.
4. **Nie zalegam/zalegam\*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom;
5. **Nie zalegam/zalegam\*** 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.
6. **Nie zalegam/zalegam\*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
7. **Nie zalegam/zalegam\*** z opłacaniem innych danin publicznych;
8. **Nie posiadam\*/posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
9. Wnioskodawca, osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą w okresie 2 lat **nie były/były\*** prawomocnie skazane za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia   
   6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony   
   w przepisach prawa obcego.
10. W okresie do **365 dni** przed dniem zgłoszenia oferty pracy **nie zostałem ukarany/zostałem ukarany** za wykroczenie **lub** **nie zostałem prawomocnie skazany /zostałem prawomocnie skazany\*** za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy praw pracowniczych albo **nie jestem objęty/jestem objęty\*** postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy lub   
    w innych uzasadnionych przypadkach.
11. **Jestem/nie jestem\*** płatnikiem podatku VAT zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r.   
    o podatku od towarów i usług.
12. **Nie orzeczono/orzeczono\*** w stosunku do mnie kary/ę zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
13. Nie **otrzymałem/otrzymałem\*** decyzji (ę) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

\* niewłaściwe skreślić

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

(data, pieczątka zakładu i czytelny podpis wnioskodawcy

lub osób/osoby uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3**

……………………………………… ……………………………………

(pieczęć podmiotu) (miejscowość i data)

**DEKLARACJA ZATRUDNIENIA**

**Zobowiązuję się/ nie zobowiązuję się\*** do zatrudnienia osoby bezrobotnej skierowanej   
na każde stanowisko pracy utworzone w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy po wymaganym okresie 12 bądź 18 miesięcy zatrudnienia, **w pełnym wymiarze**

**czasu pracy na okres………………………..….……………………**(mile widziane jest zatrudnienie na okres, co najmniej 3 miesięcy).

…………….………………………

(podpis Wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 4**

...................................................................... …........, dnia ...........................  
 (imię/ imiona, nazwisko lub podmiot)

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

(adres)

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

INFORMACJA W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia   
   27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
   i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) administratorem danych osobowych, czyli podmiotem decydującym   
   o celach i sposobach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Piszu przy ulicy Jana Onufrego Zagłoby 2.
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1 w związku z art. 154 ustawy z dnia 20 marca 2025 roku   
   o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).
3. Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane na podstawie złożonego wniosku o refundacje kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, udzielenia poręczenia stanowiącego zabezpieczenie zwrotu  
   i przetwarzane będą w celu realizacji niniejszej umowie, archiwalnym oraz statystycznym, a także w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom.
7. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać ujawnione właściwym organom, upoważnionym zgodnie   
   z obowiązującym prawem.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
9. Może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iodo@pisz.praca.gov.pl](mailto:iodo@pisz.praca.gov.pl)
10. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadrzędnego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczne do zawarcia umowy o refundacje kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, przyjęcia poręczenia środków, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości zawarcia przedmiotowej umowy, przyjęcia poręczenia.
13. W przypadku, gdy Pani/Pana pracownicy lub osoby trzecie będą zaangażowane w realizację przedmiotowej umowy jest Pani/Pan zobowiązana/y do przekazania tym osobom informacji w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

…………………...…………………….………………………………………..

(podpis wnioskodawcy lub o osób/osoby

uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. Aktualne dokumenty potwierdzające fakt prowadzenia działalności gospodarczej:
2. W przypadku spółek cywilnych - umowa spółki;
3. Wpis do właściwego rejestru (dotyczy niepublicznej szkoły, niepublicznego przedszkola, producenta rolnego, żłobka lub klubu dziecięcego),
4. Dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego;
5. Pełnomocnictwo do podejmowania zobowiązań w imieniu wnioskodawcy, jeżeli zostało udzielone.
6. Dokumenty potwierdzające formę użytkowania miejsca, w którym zostaną utworzone miejsca pracy, np. umowę najmu, dzierżawy, akt własności;
7. W przypadku fluktuacji kadry w ciągu 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku należy dołączyć umowy o pracę i świadectwa pracy;
8. **Załącznik nr 1 -** Oświadczenie o nie/otrzymaniu\* pomocy de minimis;
9. **Załącznik nr 1A** - Oświadczenie o nie/otrzymaniu\* pomocy de minimis w rolnictwie;
10. **Załącznik nr 2 -** Oświadczeniepodmiotu ubiegającego się o refundację, o której mowa w art.154 ust.1 ustawy, tj. przedsiębiorcy, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły;
11. **Załącznik nr 2A -** Oświadczeniepodmiotu ubiegającego się o refundację, o której mowa w art.154 ust. 2 i 3 ustawy tj. przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne; przedsiębiorstwa społecznego;
12. **Załącznik nr 2A** - Oświadczenie producenta rolnego;
13. **Załącznik nr 3 -** Deklaracja zatrudnienia;
14. **Załącznik nr 4 -** Informacja dotycząca danych osobowych;
15. **Załącznik nr 5 -** Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis   
    w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z 29 marca 2010 roku w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U.2024,   
    poz. 40 ze zm.) oraz Rozporządzenia Komisji (UE) NR 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 roku   
    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 - W PRZYPADKU PRODUCENTA ROLNEGO**

1. **Załącznik nr 5A - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie** w rozumieniu przepisów 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 z późn.zm.) - **dotyczy producenta rolnego.**

Wraz z formularzem przedstawia się sprawozdania finansowe zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 53, poz. 312, z późn. zm.) - dotyczy producenta rolnego;

**ORAZ**

1. **Załącznik nr 6 - Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę -** na podstawie – Rozporządzenie Rady Ministrów z 11 czerwca 2010 roku w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie i rybołówstwie (Dz.U. nr 121, poz. 810) **- dotyczy producenta rolnego.**
2. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym z wymienionych miesięcy, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie - dotyczy producenta rolnego;
3. Inne dokumenty wskazane przez PUP.

\*wybrać właściwe

**Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Termin rozpatrywania wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.**

**Wniosek należy wypełnić czytelnie.** Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, **należy wpisać „nie dotyczy”, „nie posiadam”.**

**Kopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**U W A G A!**

**O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku Starosta za pośrednictwem Powiatowego Urzędu Pracy w Piszu powiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku wraz z załącznikami.**