

.....  
(pieczęćka Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, data)

<p>wypełnia Urząd Pracy</p> <p>..... (data wpływu)</p> <p>CAZ-IRP. 5212. .... 2024. ....</p>
--

**STAROSTA CHOJNICKI**  
Powiatowy Urząd Pracy  
w Chojnicach

**W N I O S E K**  
**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia**  
**stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego**  
**lub skierowanego poszukującego pracy**  
**opiekuna osoby niepełnosprawnej**  
**(podmiot prowadzący działalność gospodarczą)**

**Podstawa prawna:**

- ◆ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.)
- ◆ Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702)
- ◆ Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 roku w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 243)
- ◆ Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku 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 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str. 3)

**Uwaga:**

**Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny i jednoznaczny. Należy uzupełnić wszystkie wyznaczone punkty wniosku, a w przypadku braku danych wpisać „Nie dotyczy” lub „Brak”.**

**Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie.**

**Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku oraz przedstawiać układu stron.**

**Rozpatrywane będą jedynie wnioski prawidłowo wypełnione, złożone z kompletem załączników oraz podpisane przez upoważnioną/e osobę/y.**

**Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.**

**Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków.**

**O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku Starosta (Dyrektor PUP) powiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku i innych niezbędnych do jego rozpatrzenia dokumentów.**

**Od negatywnej decyzji Starosty (Dyrektora PUP) nie przysługuje odwołanie.**

**Kwota wnioskowanej refundacji\*** .....zł

Słownie: .....zł

\*kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej

**Liczba wyposażanych lub doposażanych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych opiekunów:**

**Nazwa stanowiska \* :**

**Liczba osób:**

..... - .....

..... - .....

**Liczba stanowisk ogółem:** .....

**Liczba osób ogółem:** .....

\* nazwa stanowiska zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 ze zm.)

**I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:**

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

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

imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania:

.....

**2. Dowód osobisty:** seria i nr ..... wydany dnia .....  
przez .....

**3. Stan cywilny** (właściwie zaznaczyć - nie dotyczy spółek akcyjnych i spółek z ograniczoną odpowiedzialnością):

żonaty     mężatka     panna     kawaler     wdowa(iec)     rozwiedziona(y)

**4. Rozdzielność majątkowa** (właściwie zaznaczyć - nie dotyczy spółek akcyjnych i spółek z ograniczoną odpowiedzialnością):                       posiadam                       nie posiadam

**5. Adres siedziby firmy:**

.....  
.....

**6. Adres miejsca zamieszkania Wnioskodawcy** (nie dotyczy spółek akcyjnych i spółek z ograniczoną odpowiedzialnością) :

.....  
.....

**7. Miejsce prowadzenia działalności:**

.....  
.....

**8. Telefon:** ..... **Fax** .....

**9. Pesel w przypadku osoby fizycznej** (jeśli został nadany): .....

**10. Numer identyfikacji podatkowej (NIP):** .....

**11. Numer identyfikacji w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON), jeżeli został nadany:** .....

**12. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS):** .....

**13. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) - podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis; jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD, która generuje największy przychód:** .....

**14. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności (właściwe zaznaczyć):**

- przedsiębiorstwo państwowe       spółdzielnia
- podmiot prowadzący działalność indywidualną
- spółka z o.o.     spółka akcyjna       spółka cywilna       spółka jawna
- spółka z o.o. spółka komandytowa
- inne .....

**15. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności** (zgodna z wpisem do CEiDG lub zgodna z datą rejestracji spółki) w KRS: .....

**16. Rodzaj prowadzonej działalności:**

.....  
.....

**17. Numer rachunku bankowego:**

.....

**18. Forma opodatkowania (właściwe zaznaczyć):**

- księga przychodów i rozchodów
- karta podatkowa
- pełna księgowość
- ryczałt ewidencjonowany
- podatek liniowy

**19. Płatnik podatku VAT (właściwe zaznaczyć):**                       TAK                       NIE

**20. VAT rozliczany jest** (właściwe zaznaczyć):                       miesięcznie                       kwartalnie

**21. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć):**

- mikroprzedsiębiorca** (uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczył równowartości w złotych 2 milionów euro)
- przedsiębiorca mały** (uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczył równowartości w złotych 10 milionów euro)

**przedsiębiorca średni** (uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudnił średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczył równowartości w złotych 43 milionów euro)

**przedsiębiorca inny**

**22.** Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku wynosi ..... osób.

**23.** Wykaz zwolnionych pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników:

Rodzaj umowy o pracę i okres, na który była zawarta	Wymiar czasu pracy	Data rozwiązania umowy	Sposób rozwiązania umowy - artykuł Kodeksu Pracy

**24.** Wykaz obniżonych wymiarów czasu pracy pracowników dokonanych przez podmiot w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Rodzaj umowy o pracę i okres na jaki jest zawarta	Wymiar czasu pracy przed obniżeniem	Data obniżenia wymiaru czasu pracy i wymiar etatu po zmianie	Przyczyna obniżenia etatu

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

Lp.	Wyszczególnienie wydatku (Ilość/liczba sztuk)	Wartość brutto	Źródło finansowania	
			Środki własne	Środki z Funduszu Pracy
nazwa stanowiska: .....				
<b>Razem:</b>				
nazwa stanowiska: .....				
<b>Razem:</b>				

**UWAGA!**

*Refundacji nie podlegają koszty poniesione przez Wnioskodawcę przed dniem zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.*

*Tworzone stanowisko pracy nie może być jednocześnie finansowane w ramach pożyczki i refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, o której mowa w art. 46 ust. 1.*

**III.SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY (W RAMACH WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW):**

Lp.	Rodzaj wydatku (dotyczy środków trwałych, maszyn, urządzeń, itp. - Ilość/liczba sztuk)	Przewidywany termin poniesienia wydatku	Środki z Funduszu Pracy	Uzasadnienie wydatku
<b>nazwa stanowiska:</b> .....				
<b>Razem:</b>				
<b>nazwa stanowiska:</b> .....				
<b>Razem:</b>				

#### IV. CHARAKTERYSTYKA STANOWISKA PRACY

1. Wykaz tworzonych stanowisk pracy:

<b>Dane dotyczące stanowiska pracy</b>	<b>I stanowisko</b>	<b>II stanowisko</b>
<b>Nazwa stanowiska</b>		
<b>Ilość osób</b>		
<b>Rodzaj pracy jaki będzie wykonywany przez skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna</b>		
<b>Wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych opiekunów</b>		
<b>Zmianowość</b>		
<b>Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenia zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny lub skierowany opiekun</b>		
<b>Miejsce zatrudnienia skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna</b>		
<b>Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto</b>		
<b>System wynagradzania u pracodawcy (właściwe zaznaczyć):</b>		
<input type="checkbox"/> wynagrodzenie za przepracowany miesiąc płatne do końca danego miesiąca	<input type="checkbox"/> wynagrodzenie za przepracowany miesiąc płatne do 10 dnia następnego miesiąca	
<b>Podmiot prowadzący działalność gospodarczą zobowiązuje się do dalszego zatrudniania po 24 miesięcznym okresie utrzymania stanowiska pracy na .....</b>		

2. Uzasadnienie konieczności tworzenia dodatkowych stanowisk pracy  
**(uzasadnienie do każdego stanowiska oddzielnie):**

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

**V. ZADŁUŻENIA WNIOSKODAWCY**

Nazwa banku	Kwota kredytu (zł)	Zadłużenie (w dniu składania wniosku)	Data końcowej spłaty

**VI. PROPONOWANA FORMA ZABEZPIECZENIA ZWROTU REFUNDACJI\*:**

1. Poręczenie: proszę podać imiona i nazwiska, adresy zamieszkania poręczycieli:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
2. Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika
3. Blokada środków zgromadzonych na rachunku bankowym
4. Gwarancja bankowa
5. Inne: .....

\*właściwe zakreślić

.....  
(czytelny podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)



## **Załączniki do wniosku (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem):**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy (wspólnicy spółek cywilnych i jawnych dodatkowo składają indywidualne oświadczenie).
2. Oświadczenie o otrzymaniu pomocy de minimis (wspólnicy spółek cywilnych i jawnych dodatkowo składają indywidualne oświadczenie o otrzymaniu pomocy).
3. Oświadczenie o otrzymaniu pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (wspólnicy spółek cywilnych i jawnych dodatkowo składają indywidualne oświadczenie o otrzymaniu pomocy).
4. Zgłoszenie oferty pracy krajowej.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
6. Dokument poświadczający formę organizacyjno-prawną prowadzonej działalności:
  - 6.1. Dokumenty rejestrowe w przypadku ich braku w publicznie dostępnych urzędowych rejestrach elektronicznych;
  - 6.2. Umowę spółki cywilnej, jawnej, partnerskiej, komandytowej, komandytowo-akcyjnej, z ograniczoną odpowiedzialnością, akcyjnej, jeżeli wniosek składa spółka;
  - 6.3. W szczególnych przypadkach niezbędną koncesję lub zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej.
7. Dokument potwierdzający prawo do posiadanej nieruchomości /budynku/ lokalu, w którym ma zostać stworzone stanowisko pracy.
8. W przypadku zabezpieczenia w formie:
  - 8.1. **Aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika:** Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia informacji o posiadanym majątku, z którego można dochodzić należności w przypadku naruszenia warunków umowy. W oświadczeniu majątkowym należy podać szacunkową wartość wymienionego majątku;
  - 8.2. **Gwarancji bankowej:** Wnioskodawca jest zobowiązany dostarczyć oświadczenie, w którym bank gwarantuje realizację świadczenia względem urzędu pracy w razie niespełnienia warunków umowy przez Wnioskodawcę; Oświadczenie powinno zawierać kwotę, do której bank gwarantuje realizację świadczenia względem urzędu pracy;
  - 8.3. **Blokady środków zgromadzonych na rachunku bankowym:** Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia zaświadczenia z banku, w którym są zdeponowane środki do zabezpieczenia przyznanej refundacji wraz z informacją o kwocie zdeponowanych środków na rachunku bankowym;
  - 8.4. **Poreczenia cywilne:**
    - 8.4.1. Oświadczenie o uzyskiwanych dochodach ze wskazaniem źródła i kwoty dochodu oraz o aktualnych zobowiązaniach finansowych z określeniem wysokości miesięcznej spłaty zadłużenia, podając jednocześnie imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL, jeżeli został nadany, oraz nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (druk Powiatowego Urzędu Pracy w Chojnicach);
    - 8.4.2. W przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą – oświadczenie o uzyskiwanych dochodach ze wskazaniem źródła i kwoty dochodu oraz o aktualnych zobowiązaniach finansowych z określeniem wysokości miesięcznej spłaty zadłużenia, podając jednocześnie imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL, jeżeli został nadany, oraz nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz dodatkowo oświadczenie o posiadaniu lub nieposiadaniu zaległości w ZUS i Urzędzie Skarbowym z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej (druk Powiatowego Urzędu Pracy w Chojnicach).
9. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych.

.....  
(pieczętka Wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

## **OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 roku w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 243) **oświadczam, że:**

- **prowadzę/nie prowadzę\*** działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej;
- **rozwiązałem(am)/nie rozwiązałem(am)\*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia z mojej inicjatywy albo na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników;
- **obniżyłem(am)/nie obniżyłem(am)\*** w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wymiaru czasu pracy pracownika;
- **zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz **zalegam/nie zalegam\*** w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
- **zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku w Urzędzie Skarbowym w opłaceniu podatków;
- **zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
- **posiadam/nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- **byłem(am)/nie byłem(am)\*** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku skazany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2023 r. poz. 659). Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. **W przypadku spółek jawnych oświadczenie dotyczy wspólników, w przypadku spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych - członków zarządu;**
- **toczy się/nie toczy się\*** w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne oraz **został/nie został\*** złożony i **przewiduje się/nie przewiduje się\*** złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego;
- **spełniam/nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 roku (Dz. U. z 2022 r., poz. 243) do otrzymania wnioskowanej refundacji na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy 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 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str. 3).

### **Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych zgodnie z RODO:**

1. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o przetwarzaniu moich danych osobowych przez administratora danych Powiatowy Urząd Pracy w Chojnicach ul. Lichnowska 5, 89-600 Chojnice, w celu refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

\*niewłaściwe skreślić

.....  
(czytelny podpis i pieczętka osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS

Oświadczam, że:

.....  
 .....  
 (nazwa i adres firmy ubiegającej się o pomoc)

w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat przed złożeniem wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej

- **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc publiczną de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie, albo dołączyć wszystkie kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy:

Lp.	Dzień udzielenia pomocy publicznej	Organ udzielający pomocy publicznej	Podstawa prawna otrzymanej pomocy publicznej	Numer programu pomocowego, decyzji albo umowy	Forma pomocy publicznej	Wartość otrzymanej pomocy publicznej brutto	
						PLN	EURO
Razem pomoc de minimis							

- **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** 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

.....  
 (miejsowość, data )

.....  
 (czytelny podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

Pomoc de minimis w rozumieniu Rozporządzenia 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 352/1 z 24.12.2013 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str. 3) oznacza pomoc przyznaną przez państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu w okresie trzech lat podatkowych, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 Euro. Wartość pomocy jest wartością brutto, czyli. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków ani innych opłat. Pułap ten stosuje się bez względu na formę i cel pomocy.

Pomocą jest każde wsparcie udzielone ze środków publicznych w szczególności: dotacje, pożyczki, kredyty, gwarancje, poręczenia, ulgi i zwolnienia podatkowe, zaniechanie poboru podatku, odroczenie płatności lub rozłożenie na raty płatności podatku, umorzenie zaległości podatkowych oraz inne formy wsparcia, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowują ich beneficjenta w stosunku do konkurentów.

## OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE

Oświadczam, że:

.....  
 .....  
 (nazwa i adres firmy ubiegającej się o pomoc)

w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed złożeniem wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego lub skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej

- **otrzymałem(am) /nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc publiczną de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie należy wypełnić poniższe zestawienie, albo dołączyć wszystkie kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy:

Lp.	Dzień udzielenia pomocy publicznej	Organ udzielający pomocy publicznej	Podstawa prawna otrzymanej pomocy publicznej	Numer programu pomocowego, decyzji albo umowy	Forma pomocy publicznej	Wartość otrzymanej pomocy publicznej brutto	
						PLN	EURO
Razem pomoc de minimis							

- **otrzymałem(am) /nie otrzymałem(am)\*** 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

.....  
 (miejscowość, data )

.....  
 (czytelny podpis i pieczętka osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

Pomoc de minimis w sektorze rolnym w rozumieniu 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 352/9 z 24.12.2013 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1) oznacza pomoc przyznaną przez państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu w okresie trzech lat podatkowych, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 20 000 Euro. Wartość pomocy jest wartością brutto, czyli nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków ani innych opłat. Pułap ten stosuje się bez względu na formę i cel pomocy.

Pomocą jest każde wsparcie udzielone ze środków publicznych w szczególności: dotacje, pożyczki, kredyty, gwarancje, poręczenia, ulgi i zwolnienia podatkowe, zaniechanie poboru podatku, odroczenie płatności lub rozłożenie na raty płatności podatku, umorzenie zaległości podatkowych oraz inne formy wsparcia, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowują ich beneficjenta w stosunku do konkurentów.

**KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

I. Zgodnie z art. 14 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 Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) Powiatowy Urząd Pracy w Chojnicach informuje, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Chojnicach z siedzibą przy ul. Lichnowskiej 5, 89-600 Chojnice,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - e-mail: mateusz@epomerania.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań określonych prawem i dotyczą zastosowania poręczenia osoby fizycznej jako formy zabezpieczenia zwrotu przyznanych uprawnionym środków refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznania środków na podjęcie działalności gospodarczej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w związku z art. 46 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- 4) kategorie danych osobowych określono w ww. art. przepisu krajowego, oraz w przywołanym w nim Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 roku w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 243),
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz wykonawca usługi udostępniania systemu teleinformatycznego - zewnętrzne centrum przetwarzania danych,
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat - wyznaczony przez administratora,
- 7) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych,
- 8) dane nie będą użyte do profilowania,
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

II. Źródło pochodzenia danych osobowych: wnioskodawca ubiegający się o przyznanie środków, o których mowa w pkt I.3 niniejszej klauzuli.

III. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

Imię i nazwisko osoby przyjmującej do wiadomości niniejszą klauzulę:

.....

Data i podpis

.....