

**POWIATOWY URZĄD PRACY W WADOWICACH**

ul. Mickiewicza 27; 34-100 Wadowice

🕿 tel. 33 873 71 00 | 33 873 50 20 | 33 873 50 21 **|** 33 823 22 32

**e-mail: pup@wadowice.praca.gov.pl wadowice.praca.gov.pl**

Potwierdzenie przyjęcia wniosku:

Nr wniosku:

PRP-5521 - …………. / ……../ ….

…………………………………………………….  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**Starosta Wadowicki**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Wadowicach**

**WNIOSEK   
O UDZIELENIE Z FUNDUSZU PRACY REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

|  |
| --- |
|  |

……………………………………….. ……………………………………

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (Miejscowość, data

Na zasadach określonych w:

* art. 154-159 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* 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.

**Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy dokładnie zapoznać się z jego treścią oraz ZASADAMI dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy obowiązującymi w PUP Wadowice, dostępnymi na stronie Urzędu: wadowice.praca.gov.pl**

**Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego celu wyznaczonym punkcie.**

**Wszystkich poprawek należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli poszczególne rubryki nie znajdą w konkretnym przypadku zastosowania, należy wpisać „nie dotyczy”. Proszę nie modyfikować i nie usuwać elementów wniosku.**

**Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.**

**Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.**

**WNIOSKUJĘ**

## o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu lub niewykonującego innej pracy zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej w kwocie …………………………………………………………………………..

## W związku z refundacją, deklaruję utrzymanie stanowiska pracy przez okres co najmniej\* *(proszę zaznaczyć właściwe):*

## 12 miesięcy

## 18 miesięcy

## \* *W przypadku, gdy wnioskowana kwota refundacji jest mniejsza lub równa 4-krotności przeciętnego wynagrodzenia za pracę, Wnioskodawca zobowiązany jest utrzymać stanowisko pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy. W przypadku gdy wnioskowana kwota refundacji jest wyższa niż 4-krotność, jednak nie przekracza 6-krotności przeciętnego wynagrodzenia, Wnioskodawca zobowiązany jest utrzymać stanowisko pracy przez okres co najmniej 18 miesięcy.*

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Proszę zaznaczyć właściwe:* | |
|  | **przedsiębiorca,** |
|  | **niepubliczne przedszkole, inna niepubliczna forma wychowania przedszkolnego, niepubliczna szkoła,** |
|  | **producent rolny,** |
|  | **żłobek lub klub dziecięcy** (*dotyczy refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć*), |
|  | **przedsiębiorstwo społeczne** (*dotyczy refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usług mobilnych*). |

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Nr telefonu ........................................... e-mail ..................................................

1. Adres siedziby albo miejsca zamieszkania w przypadku osoby fizycznej ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Adres do doręczeń

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

1. Miejsce prowadzenia działalności ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. NIP ---, REGON ,
3. PESEL w przypadku osoby fizycznej
4. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD 2007/2025: .
5. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności ..
6. Numer rachunku bankowego, na który będą przekazane środki Funduszu Pracy

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

jednoosobowa działalność gospodarcza,

spółka cywilna,

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,

inna – jaka?………………………………………………………..……………………..

1. Osoby reprezentujące Wnioskodawcę (imiona, nazwiska oraz stanowiska/funkcje – *proszę wymienić wszystkie osoby*):

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

1. Osoby zarządzające Wnioskodawcą (imiona, nazwiska oraz stanowiska/ funkcje – *proszę wymienić wszystkie osoby*):

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

1. Osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy i podpisania umowy:

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

1. Osoba upoważniona do kontaktu z PUP w sprawie złożonego wniosku:

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

*imię i nazwisko stanowisko służbowe*

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

*nr telefonu e-mail*

1. Status wnioskodawcy dotyczący podatku VAT (proszę zaznaczyć właściwe):

czynny  niezarejestrowany  zwolniony

1. Liczba osób zatrudnionych\* u Wnioskodawcy na dzień złożenia wniosku oraz w okresie ostatnich 6 miesięcy – w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba zatrudnionych** | **W dniu złożenia wniosku** | **6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku** | | | | | |
| **m-c/rok**  ………..….. | **m-c/rok**  ………..….. | **m-c/rok**  ………..….. | **m-c/rok**  ………..….. | **m-c/rok**  ………..….. | **m-c/rok**  ………..….. |
|  |  |  |  |  |  |  |

*\*zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą*

1. W sytuacji zmniejszenia stanu zatrudnienia pracowników w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku należy wskazać liczbę osób w przeliczeniu na wymiar czasu pracy oraz przyczynę i sposób rozwiązania umowy o pracę *(oryginały wypowiedzeń oraz świadectw pracy należy przedłożyć do wglądu po uwzględnieniu wniosku do realizacji)* :

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

Proszę o wskazanie czy i kiedy został uzupełniony stan zatrudnienia lub wymiar czasu pracy:

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

1. W sytuacji zmniejszenia wymiaru czasu pracy pracownika należy podać liczbę osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz podać przyczynę:

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

***Ważna informacja!*** *Wniosek o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, może złożyć podmiot uprawniony jeżeli w okresie ostatnich 6 miesięcy Wnioskodawca nie zmniejszył wymiaru czasu pracy i stanu zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnił wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.*

1. **INFORMACJA O DOTYCHCZASOWEJ WSPÓŁPRACY Z PUP**

1. Czy Wnioskodawca w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku korzystał ze środków Funduszu Pracy\*:

TAK  NIE

2. Czy Wnioskodawca był organizatorem stażu dla osób bezrobotnych i staż ten został przerwany\*:

1. przez starostę – z uwagi na nierealizowanie przez organizatora programu stażu lub niedotrzymywanie warunków jego odbywania:

TAK  NIE  NIE DOTYCZY

1. przez organizatora stażu – bez uzasadnionej przyczyny:

TAK  NIE  NIE DOTYCZY

*\*Proszę zaznaczyć właściwe*

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO DO UTWORZENIA STANOWISKA PRACY**
2. Nazwa zawodu\*: ...................................................................................
3. Kod zawodu\*

*\* wg klasyfikacji zawodów i specjalności (Rozporządzenie MRiPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania - klasyfikacja dostępna na stronie* [***wadowice.praca.gov.pl***](http://www.psz.praca.gov.pl/) ***→ Rynek pracy → Baza danych → Klasyfikacja zawodów i specjalności****)*

1. Nazwa stanowiska pracy: ..............................................................................
2. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę na wskazanym stanowisku pracy:

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

1. Informacja o wymaganych kwalifikacjach, umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym **niezbędnym do wykonywania pracy**, jakie powinny posiadać skierowane osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIEZBĘDNE LUB POŻĄDANE KWALIFIKACJE (właściwe zaznaczyć „X”)** | | | | | |
| **Poziom wykształcenia** | **niezbędne** | **pożądane** | **Kierunek wykształcenia**  (jeżeli dotyczy) | **niezbędne** | **pożądane** |
| Brak lub niepełne podstawowe |  |  |  |  |  |
| podstawowe / gimnazjalne |  |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe/ branżowe |  |  |  |  |  |
| średnie (w tym policealne) |  |  |  |  |  |
| wyższe (w tym licencjat) |  |  |  |  |  |
| **Umiejętności / uprawnienia (w tym znajomość języków obcych)** | | | | **niezbędne** | **pożądane** |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| **Doświadczenie zawodowe** | | | | | |
|  | | | | | |

1. Miejsce zatrudnienia skierowanej osoby …………………………………………………………. *(w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności gospodarczej, należy przedstawić dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu – np. umowa najmu, umowa użyczenia)*

Wymiar czasu pracy:………………………………*(w przypadku zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy kwota refundacji ustalana jest proporcjonalnie)*

***Ważna informacja! Zatrudnienie w wymiarze czasu pracy nie mniejszym niż połowa pełnego wymiaru jest możliwe wyłącznie w przypadku:***

* ***poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osób niepełnosprawnych*** *(dotyczy zatrudnienia u przedsiębiorców – w tym żłobków lub klubów dziecięcych, niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkoły oraz producenta rolnego)*
* ***bezrobotnych oraz poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osób niepełnosprawnych*** *(dotyczy zatrudnienia w żłobkach lub klubach dziecięcych tworzących stanowiska pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć, u przedsiębiorców lub przedsiębiorstw społecznych świadczących usługi rehabilitacyjne dla dzieci niepełnosprawnych, w tym usługi mobilne oraz u przedsiębiorców tworzących stanowiska pracy dziennych opiekunów sprawujących opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym).*

1. System i rodzaj czasu pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| jednozmianowy  dwuzmianowy  trzyzmianowy  ruch ciągły  inny | w godz. od …….…… do …………… |

1. System wynagradzania *(miesięczny, godzinowy, akordowy, prowizyjny, inny):*

1. Termin wypłaty wynagrodzenia\*:

do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego

w następnym miesiącu kalendarzowym do 10- go dnia

*\*Proszę zaznaczyć właściwe*

1. Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto dla skierowanej osoby:

1. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia deklaruję dalsze zatrudnienie osoby skierowanej przez PUP przez okres ………......................... miesięcy w wymiarze czasu pracy ……………...................

*(Rekomendowany przez PUP okres – nie mniej niż 3 miesiące.)*

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW PLANOWANYCH DO PONIESIENIA NA UTWORZENIE STANOWISKA PRACY**
2. Kalkulacja i specyfikacja wydatków wraz z uzasadnieniem zakupu oraz źródła ich finansowania:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zakupu** | **Uzasadnienie zakupu  (cel, przeznaczenie)** | **Wartość netto (PLN)** | **VAT** | **Wartość brutto (PLN)** | **Wnioskowana kwota do refundacji (PLN)** | **Przewidywany dokument potwierdzający poniesienie wydatku\*\*** |
|  |
|  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | |  |  |  |  |  |  |

***Ważna informacja!***

*W przypadku przysługiwania prawa do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja obejmie wydatki na wyposażenie lub doposażenia stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług.*

**Wydatki wskazane w kolumnie 3 finansowane będą** :

* z własnych środków\*
* z innych źródeł, wskazać jakich:\* …………………………..………………………………………..

**UWAGA!**

*Refundacji mogą podlegać koszty poniesione przez Wnioskodawcę na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP i wymaganiami ergonomii, które zostaną poniesione w terminie wskazanym w umowie.*

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

*Pola niewypełnione w tabeli powinny być przekreślone poziomą linią.*

|  |  |
| --- | --- |
| *\** | *niepotrzebne skreślić* |
| *\*\** | *poprzez dokumenty potwierdzające poniesione wydatki należy rozumieć faktury, rachunki, umowy kupna – sprzedaży oraz przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego na język polski dowody zakupu za granicą* |

1. Przewidywany maksymalny termin realizacji zakupów : ………………………………………………………………………………………………………….……

(*termin realizacji należy określić w dniach, tygodniach lub miesiącach od dnia podpisania umowy).*

**Pouczenie:**

1. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, będzie on traktowany jako złożenie krajowej oferty pracy.
2. Zgodnie z art. 80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia PUP publikuje na stronie internetowej Urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy w ramach form pomocy.
3. Warunek dotyczący niezmniejszenia wymiaru czasu pracy i zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełnienia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia będzie weryfikowany również na dzień podpisania umowy.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z Zasadami dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wadowicach.
2. Podane przeze mnie w niniejszym informacje wniosku są prawdziwe oraz potwierdzam ich zgodność ze stanem faktycznym i prawnym.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli po złożeniu wniosku ulegną zmianie jakiekolwiek informacje w nim zawarte.
4. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania

w przypadku braku pieczęci czytelny podpis

**Podpisują osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą:**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam**, że na podstawie 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) Dz.U.UE.L.2016.119.1 (dalej: Rozporządzenie), **Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach** (dalej: PUP) **poinformował mnie, że:**

1. Administratorem moich danych osobowych jest:

**Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach (PUP) reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Wadowicach, ul. Mickiewicza 27; 34-100 Wadowice, tel. 33 873 71 00, email: pup@wadowice.praca.gov.pl.**

1. W każdej sprawie związanej z moimi danymi osobowymi mogę się kontaktować z pracownikiem pełniącym funkcję **Inspektora Ochrony Danych,** email: [inspektorod@wadowice.praca.gov.pl](mailto:inspektorod@wadowice.praca.gov.pl).
2. Celem przetwarzania moich danych osobowych jest możliwość korzystania przeze mnie z form pomocy wynikających z przepisów prawa lub realizacji umów (art. 6 ust. 1 Rozporządzenia, przepisy ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz akty wykonawcze do tej ustawy).
3. Odbiorcami moich danych osobowych będą instytucje upoważnione z mocy prawa lub podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione w związku z realizacją celu określonego w pkt 3.
4. Administrator nie ma zamiaru przekazywania moich danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez PUP moich danych osobowych, przysługuje mi prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, które realizowane będą na zasadach określonych rozdziale III Rozporządzenia.
7. Ponieważ moje dane przetwarzane są na podstawie wyrażonej przeze mnie zgody, mam prawo cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP moich danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości korzystania z instrumentów oraz usług rynku pracy wynikających z przepisów prawa lub realizacji umów.
10. Dane udostępnione przeze mnie nie będą podlegały profilowaniu.

**Niniejsza Klauzula Informacyjna zamieszczona jest na stronie internetowej PUP Wadowice: wadowice.praca.gov.pl oraz na tablicach informacyjnych w PUP w Wadowicach.**

*………………………..*  *(data i czytelny podpis)*

Do wniosku należy dołączyć:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) | **Załącznik nr 1** | – | Oświadczenie o niekaralności |
| 2) | **Załącznik nr 2** | – | Oświadczenie Wnioskodawcy |
| 3) | **Załącznik nr 3** | – | Wybór formy zabezpieczenia zwrotu przyznanej refundacji |
| 4) | **Załącznik nr 3a** | – | Oświadczenie poręczyciela I w przypadku wyboru zabezpieczenia w formie poręczenia wg prawa cywilnego lub w postaci weksla z poręczeniem wekslowym – aval |
| 5) | **Załącznik nr 3b** | – | Oświadczenie poręczyciela II w przypadku wyboru zabezpieczenia w formie poręczenia wg prawa cywilnego lub w postaci weksla z poręczeniem wekslowym – aval |
| 6) | **Załącznik nr 3c** | – | Oświadczenie osoby prawnej w przypadku wyboru zabezpieczenia w formie poręczenia wg prawa cywilnego lub w postaci weksla z poręczeniem wekslowym – aval |
| 7) | **Załącznik nr 3d** | – | Oświadczenie o stanie majątkowym w przypadku wyboru zabezpieczenia w formie zastawu rejestrowego na prawach lub rzeczach |
| 8) | **Załącznik nr 4** | – | Oświadczenie Wnioskodawcy o uzyskanej pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie, de minimis w rybołówstwie i akwakulturze *(wypełnia Wnioskodawca podlegający przepisom o pomocy publicznej)* |
| 9) | **Załącznik nr 5** | – | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *(wypełnia Wnioskodawca podlegający przepisom o pomocy publicznej)* |
| 10) | **Załącznik nr 6** | – | Oświadczenie o braku istnienia powiązań z osobami lub podmiotami względem których stosowane są środki sankcyjne w celu przeciwdziałania wspierania agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę |
| 11) | Dokumenty poświadczające: formę prawną prowadzonej działalności, rodzaj, zakres działalności, organy lub osoby upoważnione do występowania w imieniu Wnioskodawcy, akt założycielski, statut, uchwały - **w przypadku nieposiadania wpisu do CEDiG lub KRS.** | | |
| 12) | Zgłoszenie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych prowadzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego w przypadku niepublicznych przedszkoli i niepublicznych szkół lub innych podmiotów prowadzących działalność oświatową. | | |
| 13) | **W przypadku producentów rolnych:** dokumenty potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego ze wskazaniem jego powierzchni ha w przeliczeniu lub prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej np. akt notarialny, wyciąg z ksiąg wieczystych, decyzja o wysokości podatku rolnego, zaświadczenie wydane przez miasta lub gminy, zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o podleganiu opłatom z tytułu prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej, oświadczenie o niezaleganiu ze składkami wobec KRUS, itp. | | |
| 14) | Kserokopia umowy spółki cywilnej wraz z aneksami – w przypadku gdy Wnioskodawcą jest spółka cywilna. | | |
| 15) | Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym (oryginał lub jego odpis uwierzytelniony przez osobę uprawnioną). | | |
| 16) | W przypadku wyboru zabezpieczenia w formie zastawu rejestrowego na prawach lub rzeczach, do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający własność prawa lub rzeczy. | | |
| 17) | Dokumenty potwierdzające formę użytkowania miejsca, w którym utworzone zostanie miejsce pracy, np. umowę najmu, dzierżawy, akt własności (w przypadku, gdy nie wynika ono z dokumentacji rejestrowej CEIDG, KRS). | | |

**Kserokopie dokumentów należy potwierdzić „za zgodność z oryginałem”(datą i podpisem).**

**Wniosek wypełniony czytelnie należy składać wraz z kompletem dokumentów.**