 

............................................. ........................................, dnia ……………………… (pieczątka pracodawcy)

 **Dyrektor**

 **Powiatowego Urzędu Pracy**

 w Sochaczewie

 ul. Kusocińskiego 11

 96-500 Sochaczew

**Wniosek**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

Na podstawie art. 69 b ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639) oraz Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2155).

**I. DANE PRACODAWCY**

1. Nazwa podmiotu zgodnie z dokumentami rejestrowymi (przy osobie fizycznej imię, nazwisko, Pesel):

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

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

1. Adres siedziby pracodawcy:

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

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

1. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (pełen adres):

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

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

1. Numer: NIP………………..……… REGON………………………… KRS…………..……………………
2. Dane teleadresowe pracodawcy (nr telefonu, adres poczty elektronicznej): ………………………………………………………………………..………………………………………..

**6**. Przeważający rodzaj działalności według PKD ……………….………………………………………………

**7.** Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności …………………………………………...……..……

**8.** Forma własności………………………………………………………………………………………………...

**9.** Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego: TAK / NIE *(właściwe zaznaczyć)*\*

\*Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.

Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2016 r., poz. 1047), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

**10.** Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z Ustawą z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1829, z późn. zm.)

 mikroprzedsiębiorca mały przedsiębiorca średni przedsiębiorca inny

**11.** Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666) na dzień złożenia wniosku …………………………

**12.** Forma opodatkowania

□ Karta podatkowa

□ Księga przychodów i rozchodów : □ 18% □ 19% □ 30% □ 32% □ 40%

□ Pełna księgowość : □ 18% □ 19% □ 30% □ 32% □ 40% □ inne

□ Podatek liniowy : □ 19%

□ Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych : □ 3% □ 5,5% □ 8,5% □ 17% □ 20% □ inne

□ Zasady ogólne : □ 18% □ 32%

 **13.** Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

 pracodawca w liczbie: …………………

 pracownik w liczbie: ………………..

**14.** Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym zgodnie z priorytetami Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na rok 2017:

🗌 wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w sektorach: przetwórstwo przemysłowe, transport i gospodarka

 magazynowa oraz opieka zdrowotna i pomoc społeczna……………….osób,

🗌 wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach

 deficytowych ………………………osób,

🗌 wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej………………………….osób.

**15**. Pracodawca w bieżącym roku złożył wniosek lub zamierza wnioskować o środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy

 TAK, w Urzędzie Pracy w ………………….

 NIE

**16**. Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub stosownych pełnomocnictw)

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

**17**. Nr rachunku bankowego na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

**18**. Osoba upoważniona ze strony Pracodawcy do kontaktu z Urzędem

imię i nazwisko ………………..……………………………………………………………………….

nr telefonu, e-mail ………………………………………………………………………………………….

**II. TERMIN, WYSOKOŚĆ I PRZEZNACZENIE WSPARCIA**

Termin realizacji ….....................................................................................................

 (od początku pierwszej formy kształcenia, do końca trwania ostatniej formy)

**Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym:** …………………….…..…zł słownie:……………………….…………………………………………...………………………………………zł

w tym:

 **-** ………………………….……….. zł **kwota wnioskowana z KFS** słownie:………………………………………………………………………..….………………………..……...zł

**-** ………………………….……….. zł kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę

słownie:………………………...……………………………………………………………..………………...…zł

**Uwaga:**

**Wnioskowana wysokość środków KFS nie może uwzględniać kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem*.***

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | Liczba pracodawców | Liczba pracowników |
| razem | kobiety |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  |  |  |  |
| badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 - 24 lata |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe  |  |  |  |
| Według wykonywanych zawodów | Siły zbrojne |  |  |  |
| Przedstawiciele władz publicznych , wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |
| Technicy i inni średni personel |  |  |  |
| Pracownicy biurowi  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |

**III. INFORMACJA O PLANOWANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W 2017 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Liczba osób | Termin realizacjikursu | Koszt kształcenia na jedną osobę | Całkowity kosztw zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  | - | - |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek studiów podyplomowych | Liczba osób | Termin realizacji studiów podyplomowych | Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby | Całkowity koszt w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  | - | - |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Lp. | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia | Liczba osób | Data ubezpieczenia | Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem |  | - | - |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badań lekarskich i/lubpsychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | Liczba osób | Termin realizacji  | Koszt dla jednej osoby | Całkowity koszt w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem |  | - | - |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Liczba osób | Termin przeprowadzenia egzaminu | Koszt egzaminu dla jednej osoby | Całkowity koszt w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem |  | - | - |  |  |  |

\*należy dodać odpowiednie kolumny aby uwzględnić wszystkie działania

**IV. Uzasadnienie wniosku z uwzględnieniem poniższych elementów:**

1. krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego;
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;
3. zgodność planowanych działań z określonymi na 2017 rok priorytetami wydatkowania środków KFS;
4. związek wybranych działań z planami zatrudnieniowymi uczestników kształcenia ustawicznego.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 *(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**V. ZAŁĄCZNIKI:**

1. Załącznik nr 1 – informacje dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym.

2. Załącznik nr 2- oświadczenie pracownika/Pracodawcy objętego kształceniem ustawicznym o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

3.Załącznik nr 3- uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS- kurs/szkolenie wraz z ofertą wybranego realizatora usługi kształcenia zawierającą wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika i program kursu/szkolenia.

4.Załącznik 3a- uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS- studia podyplomowe wraz z ofertą z uczelni potwierdzającą kierunek wybranych studiów podyplomowych z wyraźnie określoną datą rozpoczęcia i zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok), wysokość opłat oraz system płatności (jednorazowo, ratalnie).

5.Załącznik nr 3b- uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS- egzamin wraz z ofertą wybranego realizatora usługi kształcenia zawierającą wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika).

6. Załącznik nr 3c- informacje dotyczące realizatora badań lekarskich.

7. Załącznik nr 3d- informacje dotyczące realizatora ubezpieczenia od NNW.

8. Załącznik nr 4- oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis przez przedsiębiorstwo
w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych.

9. Załącznik nr 5- oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy publicznej przez przedsiębiorstwo w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych.

10. Załącznik nr 6-formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

11. Załącznik nr 7- kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sadowego lub Centralnej Ewidencji
i Informacji o Działalności Gospodarczej.

12. Załącznik nr 8- kserokopie umów o pracę osób pełniących funkcje zarządcze w spółkach akcyjnych lub spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością, potwierdzonych za zgodność z oryginałem.

**Oświadczenie Pracodawcy:**

1. Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016r. poz. 645 z późn. zm.) , ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.
2. **Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
3. **Nie znajduję / znajduję\*** się w stanie likwidacji i upadłości.
4. **Nie jestem / jestem\*** w trakcie zwolnień grupowych.
5. **Nie mam zadłużenia / mam zadłużenie\*** wobec Skarbu Państwa w opłatach z tytułu podatków**.**
6. **Spełniam/ nie spełniam\*** warunki/ów 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 z 24.12.2013r.).

 □ nie dotyczy

1. **Spełniam/ nie spełniam\*** warunki/ów 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 24.12.2013r.).

 □ nie dotyczy

1. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.
2. **Wyrażam/-y zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o których mowa w ustawie z 20 kwietnia 2004 r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn.zm) oraz zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
3. Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w formach kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego **spełniają / nie spełniają\*** definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).
4. Oświadczam, że wskazane oferty kształcenia ustawicznego **obejmują / nie obejmują\*** kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem, przejazdami oraz kosztów delegacji.
5. Jestem poinformowany o obowiązku zawarcia umowy z pracownikami, którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 69 a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. zm) oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 639) oraz Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2155).
7. Zapoznałam/łem się z zasadami przyznawania środków KFS obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sochaczewie i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
8. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania
9. Osoby, które zostaną objęte wsparciem środkami KFS są zatrudnione na podstawie umowy o pracę, a czas trwania umowy nie jest krótszy niż czas trwania działań zaplanowanych we wniosku.
10. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie, jeżeli
w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ulegnie zmianie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
11. Znam i rozumiem przepisy wewnątrzwspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

*\**niepotrzebne skreślić

………………………………………………………

 *( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 1*

**Informacje dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym:**

1. Imię i nazwisko………………………………………………………………...............................
2. PESEL…………………………………………………………………………….....................…
3. Poziom wykształcenia :

**□** gimnazjalne i poniżej  **□** zasadnicze zawodowe □ średnieogólnokształcące

□ policealne i średnie zawodowe □ wyższe

1. Status osoby objętej wsparciem : □pracodawca **□** pracownik

W przypadku pracownika proszę podać formę i okres zatrudnienia:

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

1. Przynależność do priorytetu: ……………………….
2. Forma i nazwa kształcenia ustawicznego:

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

1. Informacje o planach dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym :
* Zajmowane stanowisko :..........................................................................................................,
* Zawód obecnie wykonywany/kod zawodu :............................................................................,
* Stanowisko po zakończeniu kształcenia ustawicznego :..........................................................

..................................................................................................................................................,

* Zawód wykonywany po zakończeniu kształcenia ustawicznego/kod zawodu :

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

8. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu potrzeb pracodawcy i pracownika:

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

 …………..…………………..……………………………
 *( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 2*

**Oświadczenie pracownika/Pracodawcy objętego kształceniem ustawicznym o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

Ja, niżej podpisany: ……………………………………………………………………….…………….

PESEL ……………………………………

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy
w Sochaczewie, w celu realizowania zadań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy finansowanych
z Krajowego Funduszu Społecznego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:

* moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie do celów rozpatrzenia złożonego wniosku oraz realizacji ewentualnej umowy (w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku) zawartej w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sochaczewie,
* moje dane osobowe nie będą udostępniane żadnym osobom, podmiotom i instytucjom,
* podanie danych jest dobrowolne, odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia ze środków KFS przeznaczonych na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy,
* mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Oświadczam, że w roku bieżącym uczestniczyłem/am**\*** nie uczestniczyłem/am**\*** w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

…………………………………. ………………………………………………..

 (miejscowość i data) (czytelny podpis pracownika/Pracodawcy )

**\***niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 3*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego): **Kurs/szkolenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**(oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego/np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Nazwa kursu/szkolenia |  |  |  |
| Liczba godzin kursu/szkolenia |  |  |  |
| Koszt kursu/szkoleniaza 1 uczestnika |  |  |  |
| Koszt osobogodziny kursu/szkolenia/koszt za 1 uczestnika/ |  |  |  |
| Planowany termin realizacji kursu/szkolenia  |  |  |  |

**Oświadczam, że koszt kursu/szkolenia nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na kurs/szkolenie.**

 …………..…………………..……………………………
 *( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

**- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika**

**kursu/szkolenia,**

**- program kursu/szkolenia.**

 *Załącznik nr 3a*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego):**Studia podyplomowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego /np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |
| Nr PKD realizatora |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |
| Kierunek studiów podyplomowych |  |
| Liczba godzin studiów podyplomowych |  | Liczba semestrów studiów podyplomowych |  |
| Koszt studiów podyplomowychza 1 uczestnika |  | Koszt 1 semestru studiów podyplomowych |  |
| Planowany termin realizacji studiów  |  |

**Oświadczam, że koszt studiów podyplomowych nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na studia podyplomowe.**

…………….…………………………………………………………………………………

*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta z uczelni potwierdzająca kierunek wybranych studiów podyplomowych z wyraźnie określoną datą rozpoczęcia i zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok), wysokość opłat oraz system płatności (jednorazowo, ratalnie).**

*Załącznik nr 3b*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego):**Egzamin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**(oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego/np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Rodzaj egzaminu |  |  |  |
| Liczba godzin  |  |  |  |
| Koszt egzaminuza 1 uczestnika |  |  |  |
| Koszt osobogodziny kursu/szkolenia/koszt za 1 uczestnika/ |  |  |  |
| Planowany termin realizacji egzaminu |  |  |  |

**Oświadczam, że koszt egzaminu nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na kurs/szkolenie.**

…………..…………………..……………………………
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

**- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika kursu/szkolenia.**

*Załącznik nr3c*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatorabadań |  |
| Rodzaj badań |   ⎕ badania lekarskie ⎕ badania psychologiczne |
| Koszt badań za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji badań(kwartał/y 2017 r./  |  |

**Oświadczam, że koszt badań nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na badania.**

………….…………………………………………………
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik 3d*

**INFORMACJE DOTYCZACA REALIZATORA UBEZPIECZENIA OD NNW**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatoraubezpieczenia |  |
| Koszt ubezpieczenia za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji ubezpieczenia(kwartał/y 2017 r./  |  |

**Oświadczam, że koszt ubezpieczenia nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika do realizatora ubezpieczenia.**

 ….…………………………………………………………

 *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 4*

**OŚWIADCZENIE
O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Imię i nazwisko/nazwa firmy ………………………………………………………..………………………………………........................................................................................................................................................................................................................

Adres siedziby ………………………………………………………………………………………………….………………..…………………………………………………………………………………………………………………………

NIP…………………………………………………………….………………………………................................

REGON…………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że** w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych w/w przedsiębiorstwo **otrzymało** / **nie otrzymało\*** pomoc/(y) de minimis w łącznej wysokości ............................... zł słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

co stanowi .................................. euro, słownie: ……………………………………………….……..……………………………………………………………….

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

**Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy
de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc
de minimis.**

**Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem\*\***

 …………………………………. ……………………………………….

/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 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 z 24.12.2013), oznacza całkowitą kwotę pomocy przyznaną jednemu przedsiębiorstwu
w ciągu 3 lat podatkowych oraz przez państwo członkowskie, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 euro (100 000 euro w sektorze transportu drogowego towarów). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich w przypadku, gdy pomoc przyznawana jest w formie innej niż dotacje, kwotę pomocy stanowi ekwiwalent dotacji brutto pomocy. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.

Zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc zaświadczeń, oświadczeń lub informacji o których mowa w art. 37 ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, pomoc nie może być udzielana temu podmiotowi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\***złożenie informacji niezgodnych z prawdą może skutkować koniecznością zwrotu udzielonej pomocy oraz konsekwencjami wynikającymi z ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

*Załącznik 5*

………………………………….… ……………………………………..…

 /pieczątka Wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w roku podatkowym, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych w ramach **jednego przedsiębiorstwa***\*(właściwe zaznaczyć)*;

|  |  |
| --- | --- |
|  | □ **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis w rolnictwie,□ **otrzymałem(am)** pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ………………….……………….. |
|  | □ **nie otrzymałem/am** pomocy de minimis w rybołówstwie,□ **otrzymałem/am** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ……………………………… |
|  | □ **nie otrzymałem/am** innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,□ **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, w wysokości …………………………………………….. |

 ……………………………………………

 /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

Definicja jednego przedsiębiorstwa jest określona w art. 2 ust. 2 rozporządzenia 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 dnia 24.12.2013 r.)

*Załącznik nr 6*

|  |
| --- |
| **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** |
| **Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych 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)** |
| **A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis1)** | **A1. Informacje dotyczące wspólnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce2)** |
| **1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu** | **1a) Identyfikator podatkowy NIP wspólnika3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu** | **2a) Imię i nazwisko albo nazwa wspólnika** |
|  |  |  |  |  |  |
| **3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu** | **3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wspólnika** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5) Forma prawna podmiotu5)** |
|  |  | **przedsiębiorstwo państwowe** |
|  |  | **jednoosobowa spółka Skarbu Państwa** |
|  |  | **jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o** |
| **gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 45, poz. 236)** |
|  |  | **spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka** |
| **samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są****podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)** |
|  |  | **jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach** |
| **publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.)** |
|  |  | **inna (podać jaka)** |
|  |  |  |
|  |
| **6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1)5)** |
|  |  | **mikroprzedsiębiorca** |
|  |  | **mały przedsiębiorca** |
|  |  | **średni przedsiębiorca** |
|  |  | **inny przedsiębiorca** |
| **7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.)6)** |
|  |  |  |  |  |  |
| **8) Data utworzenia podmiotu** |
|  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Strona 1 z 7** |

|  |
| --- |
| **9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami7)****Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:** |
| **a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu** |  | **tak** |  | **nie** |
| **zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy?** |
| **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie** |  | **tak** |  | **nie** |
| **z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi?** |
| **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego** |  | **tak** |  | **nie** |
| **członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego****przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?** |
| **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego** |  | **tak** |  | **nie** |
| **innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?****W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców** |  |  |
|  |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom8)** |
| **10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy****Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:** |
| **a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **b) przejął innego przedsiębiorcę?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a) lub b) należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców** |  |  |
|  |
|  |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom8)****W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **podziałem** |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot8)****Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem****przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:** |
| **– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem8)** |
| **– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)** |  |  |
| **– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)** |  |  |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 2 z 7** |

|  |
| --- |
| **B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona****pomoc de minimis9)** |
|  |
| **1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji** |  | **tak** |  | **nie** |
| **gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** |  | **nie dotyczy** |
| **3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o****udzielenie pomocy de minimis:** |
| **a) podmiot odnotowuje rosnące straty?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **b) obroty podmiotu maleją?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany** |  | **tak** |  | **nie** |
| **potencjał do świadczenia usług?** |
| **d) podmiot ma nadwyżki produkcji11)?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest** |  | **tak** |  | **nie** |
| **zerowa?** |
| **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w** |  | **tak** |  | **nie** |
| **zakresie płynności finansowej?****Jeśli tak, należy wskazać jakie:** |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 3 z 7** |

|  |
| --- |
| **C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis** |
| **Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi dzialalność:** |
| **1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury12)?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do** |  | **tak** |  | **nie** |
| **Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |
| **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w** |  | **tak** |  | **nie** |
| **załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |
| **4) w sektorze drogowego transportu towarów?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów** |  | **tak** |  | **nie** |
| **wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?** |
| **5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest** |  | **tak** |  | **nie** |
| **rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach** |
| **działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?** |  | **nie dotyczy** |
|  |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 4 z 7** |

|  |
| --- |
| **D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis** |
|  |
| **Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się** |  | **tak** |  | **nie** |
| **zidentyfikować kosztów?** |
| **Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał** |  | **tak** |  | **nie** |
| **pomoc inną niż pomoc de minimis?****Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na****te same koszty.** |
|  | **Przeznaczenie pomocy** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość otrzymanej****pomocy** | **brutto** | **5b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nominalna** | **5a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Forma pomocy** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **informacje szczegółowe** | **3b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **informacje podstawowe** | **3a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot udzielający pomocy** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzień udzielenia pomocy** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Lp.** |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |
|  |
| **Strona 5 z 7** |

|  |
| --- |
| **Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:****1) opis przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:** |
|  |  |  |
| **3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:** |
|  |  |  |
| **4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:** |
|  |  |  |
| **5) lokalizacja przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **7) etapy realizacji przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
|  |
| **E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** |
| **Imię i nazwisko Numer telefonu** |
|  |  |  |  |  |
| **Stanowisko służbowe Data i podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| **Strona 6 z 7** |

