** Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu**

Załącznik do Zasad organizowania

i finansowania stażu powołanych

Zarządzeniem Nr 1 Dyrektora PUP

z dnia 14.01.2013r.

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

/pieczęć firmowa organizatora/ /miejscowość, data/

***W N I O S E K***

***o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osób objętych programem***

***„JUNIOR – Program aktywizacji zawodowej absolwentów niepełnosprawnych”.***

*na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U.   
z 2008r. Nr. 69, poz. 415 z póź. zm.) w art. 53 oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009r. Nr 142, poz. 1160).*

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:**

1. Pełna nazwa organizatora

1. Adres siedziby organizatora
2. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora oraz do podpisania umowy
3. Telefon, fax, e-mail
4. NIP ……………………….. REGON ……………………… PKD 2007
5. Forma organizacyjno-prawna
6. Rodzaj działalności
7. Data rozpoczęcia działalności
8. Forma i stawka opodatkowania
9. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku (*do stanu zatrudnienia nie wlicza się osób zatrudnionych w ramach umowy : o pracę młodocianych, o pracę nakładczą młodocianych – przyuczenie do zawodu, o dzieło, zlecenie, odbywających służbę wojskową, przebywających na urlopach bezpłatnych powyżej 1-go miesiąca, studentów – praktykantów oraz osób przebywających na urlopach macierzyńskich i wychowawczych).*

1. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich   
   6 miesięcy przed złożeniem wniosku *(analogicznie jak w pkt. 10)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc, rok** | **Liczba pracowników  w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | **Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy,  tryb i przyczyna rozwiązania** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

1. Liczba osób aktualnie odbywających staż w dniu złożenia wniosku , tym:
   * w ramach umów o staż zawartych w PUP w Wągrowcu
   * w ramach umów o staż zawartych w innych powiatowych urzędach pracy
2. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO STAŻU:**
3. Liczba osób bezrobotnych, których organizator gotów jest przyjąć na staż:

*(u organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy).*

1. Proponowany okres odbywania stażu :

*(długość okresu odbywanego stażu uzależniona będzie od wielkości środków finansowych i realizowanych programów)*

1. Imię i nazwisko kandydata/kandydatów (PESEL):

a) w przypadku niezakwalifikowania się w/w kandydata/ów organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata/ów wskazanego/ych przez urząd (*odpowiednie zaznaczyć*):

NIE WYRAŻAM ZGODY

TAK, WYRAŻAM ZGODĘ

1. Wymagania organizatora dotyczące kierowanego bezrobotnego/ych:

* wykształcenie:
* specjalność/ kierunek:
* minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:
* umiejętności:
* predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:

1. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności *na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2010r. Nr 82, poz. 537),* **dostępny na stronie internetowej** **www.pupwagrowiec.pl**.

Nazwa zawodu/ kod zawodu

Stanowisko

1. Dane opiekuna/ów osoby/osób bezrobotnej/ych odbywającej staż *(opiekun bezrobotnego może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż trzema osobami bezrobotnymi odbywającymi staż)*:

* Imię i nazwisko:
* Stanowisko:
* Wykształcenie:
* Numer telefonu:

1. Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż:

|  |
| --- |
| *Czas pracy bezrobotnego stażysty nie może przekraczać 8godz. na dobę i 40 tygodniowo* ***lub w przypadku osób niepełnosprawnych 7 godz. na dobę i 35 tygodniowo. Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele  i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych****. W szczególnych przypadkach dopuszczalna jest – za zgodą PUP – realizacja stażu w niedziele i święta, w porze nocnej,  w systemie pracy zmianowej.* |

7.1 Zmianowość:

* jednozmianowy
* dwuzmianowy\*
* inny\* *(podać jaki)*

(odpowiednie zaznaczyć)

7.2 Dni pracy:

* poniedziałek
* wtorek
* środa
* czwartek
* piątek
* sobota
* niedziela i święta

(odpowiednie zaznaczyć)

***\* w przypadku zaznaczenia – niezbędne jest uzasadnienie potrzeby wskazanego systemu czasu pracy bezrobotnego***

7.3 Godziny pracy *(podać jakie)*:

1. Miejsce odbywania stażu *(podać dokładny adres, nr telefonu)*

1. Organizator deklaruje zatrudnienie po zakończonym stażu dla ………. osoby/osób,   
   w ramach:
2. umowy o pracę:

* w pełnym wymiarze czasu pracy\*,
* w niepełnym wymiarze czasu pracy\* *(podać jakim)*: ,
* na czas określony\* *(podać jaki):*  ,
* na czas nieokreślony\*,

1. innej umowy *(podać jakiej i na jaki okres)*

(\* odpowiednie zaznaczyć)

1. Krótkie uzasadnienie wnioskowanego stażu:

**Załączniki do wniosku:**

1. Program stażu - (załącznik nr 1),
2. Oświadczenie (załącznik nr 2),
3. Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis\*\* (Załącznik nr 3)
4. Formularz informacji Wnioskodawcy przedstawiany przy ubieganiu się o pomoc *de minimis s*porządzona na podstawie wzoru zamieszczonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29.03.2010r. (Dz.U. z 2010r. Nr 53, poz.311),
5. Sprawozdania finansowe za okres 3 lat obrachunkowych sporządzone zgodnie z

przepisami o rachunkowości albo dokumenty pozwalające ocenić sytuację finansową przedsiębiorcy za okres 3 lat obrotowych np. zeznanie podatkowe PIT, bilans, rachunek zysków i strat.

***Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczątką firmy.***

**POUCZENIE:**

1. Wniosek należy wypełnić starannie i czytelnie – drukowanymi literami.
2. Prosimy o odpowiedź na wszystkie zawarte we wniosku pytania, a w przypadku gdy zadane pytanie nie dotyczy Wnioskodawcy proszę wpisać „nie dotyczy”.
3. Rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie 30 dni od daty złożenia kompletu dokumentów.
4. **Wniosek niekompletny, nieprawidłowo sporządzony lub podpisany przez osobę nieupoważnioną nie będzie rozpatrywany.**

**Uwaga!**

Wniosek bez wyżej wymienionych załączników nie będzie rozpatrywany.

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* dotyczy organizatora stażu, który prowadzi działalność gospodarczą*

……………………………………….

(data, pieczątka i podpis organizatora)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Zgodnie z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego świadomy odpowiedzialności za fałszywe zeznania, oświadczam, że:**

1. Nie toczy/toczy\* się w stosunku do prowadzonej przeze mnie firmy postępowanie upadłościowe oraz nie został/został\* zgłoszony wniosek o likwidację podmiotu.
2. Nie zalegam/zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy   
   i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
3. Nie posiadam/posiadam\* w dniu złożenia wniosku zaległych zobowiązań podatkowych.
4. Nie byłem/byłem\* w okresie 2 lat poprzedzających złożenie wniosku, karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca1997r. – kodeks karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 533 z póź. zm.).
5. Nie zostałem/zostałem\* w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem/jestem\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
6. Nie rozwiązałem/rozwiązałem\* w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku stosunku/ek pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem,z przyczyn nie dotyczącychpracowników, związanych z trudnościami gospodarczymi lub niewypłacalnością firmy.
7. Proponowany kandydat nie zamieszkuje/zamieszkuje\* pod tym samym adresem, co wnioskodawca, jest spokrewniony/ nie jest spokrewniony\* z wnioskodawcą.

Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą:

1. Prowadzę/nie prowadzę[[1]](#footnote-1) działalność/ci gospodarczą/ej przez okres co najmniej   
   6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (nie wliczając okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
2. Wywiązałem/nie wywiązałem\* się z warunków wcześniej zawartych umów z Powiatowym Urzędem Pracy w Wągrowcu.
3. Informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie we wniosku dla czynności związanych z zorganizowaniem stażu na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 202r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)

……………………………………….

(data, pieczątka i podpis organizatora)

***Załącznik nr 1 do wniosku***

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

/pieczęć firmowa organizatora/

**PROGRAM STAŻU[[2]](#footnote-2)**

Nazwa zawodu/kod zawodu:

Nazwa stanowiska:

Nazwa komórki organizacyjnej, w której odbywać się będzie staż:

Program praktycznego wykonywania przez bezrobotnego czynności lub zadań:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Czynność lub zadanie** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

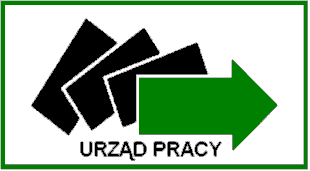
Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Opiekun osoby objętej programem stażu:

Imię i nazwisko/ stanowisko/ wykształcenie ………

……………………………………….

(data, pieczątka i podpis organizatora)



***Załącznik Nr 2 do wniosku***

……………………………….. Wągrowiec,....................................

(pieczęć Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

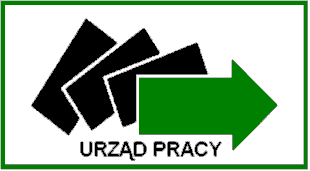
Przystępując do uczestnictwa w programie *,,JUNIOR - program aktywizacji zawodowej absolwentów niepełnosprawnych*” oświadczam, że:

1. nie otrzymałem dofinansowania ze środków PFRON na to samo zadanie z innego tytułu *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,* w tym również w ramach programów PFRON,
2. po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie,   
   o której mowa w pkt. 1. dotrzymałem warunków umowy i złożyłem dokumenty rozliczające przyznane dofinansowanie,
3. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
4. nie posiadam zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON,
5. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec ZUS i US.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 § 1 Kodeksu Karnego) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

……………………………………………

(Podpis i pieczątka wnioskodawcy)



***Załącznik Nr 3 do wniosku***

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

( pieczęć Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ**

**O OTRZYMANEJ POMOCY *de mininis***

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § I Kodeksu Karnego: „kto składając zeznania mające służyć na dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam że:

**w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go 2 lata kalendarzowe przed złożeniem wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osób objętych programem *,,JUNIOR - program aktywizacji zawodowej absolwentów niepełnosprawnych*”**

* **otrzymałem/nie otrzymałem środków stanowiących *pomoc de minimis***

*( właściwe podkreślić)*

W przypadku otrzymania pomocy publicznej *de mininmis* należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy.

Pomoc publiczna de minimis otrzymana w okresie

od dnia……………………................... do dnia…………….…………........................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość otrzymanej pomocy** | | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| **w PLN** | **w EURO** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  | **x** |

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

(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**

**A. Informacje dotyczące wnioskodawcy**

* 1. Imię i nazwisko albo nazwa ................................................................................................…......................................................................................................................................................................................
  2. Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby …….......................…………................................................................................................

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

* 1. Identyfikator gminy, w której wnioskodawca ma miejsce zamieszkania albo siedzibę[[3]](#footnote-3)).............................................................................................................................................
  2. Numer identyfikacji podatkowej (NIP).................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Forma prawna2)** | |
| przedsiębiorstwo państwowe |  |
| jednoosobowa spółka Skarbu Państwa |  |
| 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.) |  |
| inna forma prawna (podać jaka) …..…………………………………………………… |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Wielkość wnioskodawcy, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólnego rozporządzenia w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. UE L 214 z 9.08.2008, str. 3)[[4]](#footnote-4)):** | |
| 1) mikroprzedsiębiorstwo |  |
| 2) małe przedsiębiorstwo |  |
| 3) średnie przedsiębiorstwo |  |
| 4) przedsiębiorstwo inne niż wskazane w pkt 1-3 |  |

* 1. Klasa działalności, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis, 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.)

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

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

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

* 1. Data utworzenia

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

**B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   **1)** Czy, w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo-akcyjnej, wysokość niepokrytych strat przewyższa 50% wysokości   |  |  | | --- | --- | |  | nie dotyczy |   kapitału zarejestrowanego[[5]](#footnote-5)), w tym wysokość straty w ciągu  ostatnich 12 miesięcy przewyższa 25% wysokości tego kapitału?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |  |  |  | | --- | --- | |  | nie dotyczy |   **2)** Czy, w przypadku spółki jawnej, spółki komandytowej, spółki partnerskiej oraz spółki cywilnej, wysokość niepokrytych strat przewyższa 50% wysokości  jej kapitału według ksiąg spółki, w tym wysokość straty  w ciągu ostatnich 12 miesięcy przewyższa 25 % wysokości tego kapitału?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   **3)** Czy wnioskodawca spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?  **4)** Czy wnioskodawca spełnia kryteria kwalifikujące go do   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   objęcia postępowaniem naprawczym[[6]](#footnote-6))?  **5)** W przypadku zaznaczenia odpowiedzi innych niż twierdzące w pkt 1-4, należy dodatkowo określić, czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   a) wnioskodawca odnotowuje rosnące straty?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   b) obroty wnioskodawcy maleją?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   c) zwiększeniu ulegają zapasy wnioskodawcy lub niewykorzystany potencjał do świadczenia usług?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   d) wnioskodawca ma nadwyżki produkcji[[7]](#footnote-7))?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   f) zwiększa się suma zadłużenia wnioskodawcy?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań wnioskodawcy?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   h) wartość aktywów netto wnioskodawcy zmniejsza się  lub jest zerowa?   * + - 1. zaistniały inne okoliczności (podać jakie) wskazujące  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   na trudności w zakresie płynności finansowej?  ……………………………………..…………………………………………………………....  ………………………………………………………..………………………………………… |
| **6)** Czy pomimo wystąpienia okoliczności wymienionych   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   w pkt 5, wnioskodawca jest w stanie odzyskać płynność finansową?  Jeśli tak, to w jaki sposób?  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………  **7)** Czy wnioskodawca należy do grupy kapitałowej?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej, należy dodatkowo wskazać:  a) czy trudności wnioskodawcy mają charakter wewnętrzny?   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |  | nie dotyczy |   b) czy na trudną sytuację wnioskodawcy   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |  | nie dotyczy |   miały wpływ decyzje podmiotu dominującego  dotyczące alokacji kosztów w ramach grupy kapitałowej?  c) czy trudności wnioskodawcy mogą być   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |  | nie dotyczy |   przezwyciężone przez grupę? |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy wnioskowana pomoc de minimis dotyczy działalności:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   **1)** w sektorze rybołówstwa i akwakultury[[8]](#footnote-8))?   1. w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |  1. w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu   produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu  o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   **4)** w sektorze węglowym[[9]](#footnote-9))?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   **5)** w sektorze transportu drogowego[[10]](#footnote-10))?, jeśli tak to:  a) czy pomoc będzie przeznaczona na nabycie  pojazdów wykorzystywanych do świadczenia usług  w zakresie drogowego transportu towarowego?  b) czy zapewniona jest rozdzielność rachunkowa   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego i pozostałej działalności gospodarczej prowadzonej przez wnioskodawcę (w jaki sposób)?   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | tak |  | nie |   ……………………………………………………………………………………………… |

**C. Informacje dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis**

**D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis[[11]](#footnote-11))**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | | | | | **Numer programu pomocowego, pomocy indywidualnej** | **Forma pomocy** | **Wartość otrzymanej pomocy** | | **Przeznaczenie pomocy** |
| **informacje  podstawowe** | | **informacje szczegółowe** | | |
| **nominalna** | **brutto** |
|  | **1** | **2** | **3a** | **3b** | **3c** | **3d** | **3e** | **4** | **5** | **6a** | **6b** | **7** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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:

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

1. maksymalną dopuszczalną intensywność pomocy: ……………………………………….………………………..………….………………………………...
2. intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2: …………………………..…………..………………………….......
3. lokalizacja przedsięwzięcia: …………………………………………………………………………………..………………………………………..…………...
4. cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia: ……………………………………………………………………...….………….....................
5. etap realizacji przedsięwzięcia ……………………………………………………………….
6. data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia: ……………………………………………………………………………………..…………

Dane osoby upoważnionej do przedstawienia informacji:

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

imię i nazwisko nr telefonu data i podpis stanowisko służbowe

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Należy wpisać siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów   
   z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-3)
4. ) Zaznaczyć właściwą pozycję znakiem X. [↑](#footnote-ref-4)
5. ) Wysokość strat należy obliczać w odniesieniu do sumy wysokości kapitałów: zakładowego, zapasowego, rezerwowego oraz kapitału z aktualizacji wyceny. [↑](#footnote-ref-5)
6. ) W rozumieniu ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1361, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-6)
7. ) Dotyczy wyłącznie producentów. [↑](#footnote-ref-7)
8. ) Objętych rozporządzeniem Rady (WE) nr 104/2000 z dnia 17 grudnia 1999 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. WE L 17 z 21.01.2000, str. 22, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 4, t. 4, str. 198). [↑](#footnote-ref-8)
9. ) Zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu Rady (WE) nr 1407/2002 z dnia 23 lipca 2002 r. w sprawie pomocy państwa dla przemysłu węglowego (Dz. Urz. WE L 205 z 2.08.2002, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 8, t. 2, str. 170). [↑](#footnote-ref-9)
10. ) W rozumieniu art. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 125, poz. 874, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-10)
11. [↑](#footnote-ref-11)