Załącznik nr IV : wzór Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

.................................................. .................................. dnia .............................

/pieczęć firmowa pracodawcy/

Dyrektor

Powiatowego Urzędu Pracy

 w Koninie

**WNIOSEK O ORGANIZACJĘ SZKOLENIA NA PODSTAWIE
TRÓJSTRONNEJ UMOWY SZKOLENIOWEJ**

Na zasadach określonych w art. 40 ust. 2e ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 w sprawie szczegółowych warunków oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014r., poz. 667)

**Wnioskuję o przeszkolenie na podstawie trójstronnej umowy szkoleniowej** …………**osoby/ osób bezrobotnej/ych w ramach**.................................................................................

 (nazwa szkolenia)

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

* 1. **I. DANE PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa Pracodawcy ……………………………………………………………………….

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

2. nr telefonu……………………………e-mail……………………………………

3. Adres siedziby Pracodawcy: ……………..….......................................................................

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

4. Miejsce prowadzonej działalności:…...................................................................................

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

5. NIP .................................................. REGON……………………………………………..

6. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD ............................

7. Forma prawna prowadzonej działalności (właściwe zaznaczyć X w poniższej tabeli):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Przedsiębiorstwo państwowe |  |
| 2 | Jednoosobowa spółka Skarbu Państwa |  |
| 3 | Spółka akcyjna albo spółka z ograniczona 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 o ochronie konkurencji i konsumentów |  |
| 4 | Beneficjent pomocy nienależący do kategorii określonych w poz. 1-3 |  |

8. Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) ………….. …………………………………………………………………………………………

9. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe osoby wyznaczonej do kontaktów z PUP ……………………………………………………………nr telefonu:……………………...

 e-mail:…………………….

10. Liczba zatrudnionych pracowników: ………………………………………………………..

 Wielkość przedsiębiorstwa \*– zgodnie z *Ustawą Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018r* (Dz. U. z 2021r poz. 162)

 □ mikro , □ małe , □ średnie , □ duże

\* odpowiednie zakreślić

 **II. DANE DOTYCZĄCE KANDYDATÓW NA SZKOLENIE**

|  |
| --- |
| **1. Wymagania wstępne dla kandydata/kandydatki na szkolenie** |
| Poziom i rodzaj wykształcenia kandydatów na szkolenie : ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Kwalifikacje kandydatów na szkolenie : .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Predyspozycje psychofizyczne: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Predyspozycje zdrowotne: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

**III. INFORMACJA O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU**

1. Nazwa szkolenia: ……………………………………………………………………………….. ……………………………………………………...…………………...............................................

A) Sugerowany termin realizacji szkolenia: ……………...................…………………………......................

B) Sugerowana/-e instytucja szkoleniowa/instytucje szkoleniowe ...................................................................................................................................................

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

C) Uzasadnienie wyboru ww. instytucji szkoleniowej/-ych ………………………………………………………………………………………………….............................................................…......................................................................................................................................................................................................................................................

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

D) Inne istotne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia: ……………............................................…………………………………………………………………………......................................................................................................................................

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

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

E) Zakres umiejętności, uprawnień, kwalifikacji, które uczestnik szkolenia powinien uzyskać w wyniku ukończonego szkolenia…….......................................................................................

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

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

2. Nazwa szkolenia: ………………………...…………………...............................................

A) Sugerowany termin realizacji szkolenia: .................…………………………......................

B) Sugerowana/-e instytucja szkoleniowa/instytucje szkoleniowe ...................................................................................................................................................

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

C) Uzasadnienie wyboru ww. instytucji szkoleniowej/-ych ………………………………………………………………………………………………….............................................................…......................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

D) Inne istotne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia: ……………............................................…………………………………………………………………………......................................................................................................................................

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

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

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

E) Zakres umiejętności, uprawnień, kwalifikacji, które uczestnik szkolenia powinien uzyskać w wyniku ukończonego szkolenia..............................................................................................

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

3. Nazwa szkolenia: ………………………...…………………...............................................

A) Sugerowany termin realizacji szkolenia: ..................…………………………......................

B) Sugerowana/-e instytucja szkoleniowa/instytucje szkoleniowe ...................................................................................................................................................

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

C) Uzasadnienie wyboru ww. instytucji szkoleniowej/-ych ………………………………………………………………………………………………….............................................................…......................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

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

D) Inne istotne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia: ……………............................................…………………………………………………………………………......................................................................................................................................

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

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

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

E) Zakres umiejętności, uprawnień, kwalifikacji, które uczestnik szkolenia powinien uzyskać w wyniku ukończonego szkolenia........................................................................................

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

**Urząd Pracy może zawrzeć umowę tylko z instytucją szkoleniową, która jest wpisana
do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej.**

Szkolenie bezrobotnych na podstawie trójstronnej umowy szkoleniowej stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.

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

 */pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy/*

**Załączniki :**

1. Zobowiązanie do zatrudnienia bezrobotnych skierowanych na szkolenie na okres co najmniej 6 miesięcy w trakcie lub po ukończeniu szkolenia.
2. Klauzula informacyjna
3. Zaświadczenia lub oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis.
4. Oświadczenie pracodawcy
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

 6. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli) potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

Załącznik nr 1 do Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

 ................... dnia .............................

**Zobowiązanie pracodawcy do zatrudnienia bezrobotnego po szkoleniu**

Pełna nazwa i adres pracodawcy….…………………………………………………………….

NIP .................................................. REGON……………………………………………..

Osoba reprezentująca pracodawcę……………………………………………………………..

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

Przeważający rodzaj prowadzonej działalności (PKD): ………………………………….……

Oświadczam, że zamierzam zatrudnić ……………osób bezrobotnych w trakcie lub po ukończeniu\* szkolenia ………………………………………………………………………………

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

na stanowisku ………………………………………………………………………….…………..

na okres ……………………….. miesięcy

 *nie krótszy niż 6 miesięcy*

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

 */pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy/*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

 ................... dnia .............................

**Zobowiązanie pracodawcy do zatrudnienia bezrobotnego po szkoleniu**

Pełna nazwa i adres pracodawcy……………………………………………………………….

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

NIP .................................................. REGON……………………………………………..

Osoba reprezentująca pracodawcę………………………………………………………………..

Przeważający rodzaj prowadzonej działalności (PKD): ………………………………….……

Oświadczam, że zamierzam zatrudnić:

Pana/ią …………………………………………………………………..PESEL ……….…………

 *Imię i nazwisko osoby bezrobotnej przewidzianej do zatrudnienia*

na stanowisku …………………………………………………………………………….…………..

w trakcie lub po ukończeniu\* szkolenia ……………………………………………………………………………………….........................

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

na okres ……………………….. miesięcy

 *nie krótszy niż 6 miesięcy*

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

 */pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy/*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

**………………………………………………………**

**………………………………………………………**

Imię i nazwisko, PESEL

 lub pieczątka firmowa

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1−2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO − informujemy, że:

1. **Administrator danych osobowych**

Powiatowy Urząd Pracy, 62-510 Konin, ul. Zakładowa 4, jest Administratorem Twoich danych osobowych.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, możesz się z nim skontaktować w sprawach dotyczących ochrony i przetwarzania swoich danych osobowych za pomocą e-maila: iodo@konin.praca.gov.pl lub wysyłając pismo na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Jako administrator będziemy przetwarzać Twoje dane w celu realizacji zadań określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r. poz.690 z późn. zm.) oraz innych przepisów prawa obowiązujących w tutejszym Urzędzie.

Podanie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Koninie i jest obowiązkowe jeżeli przepisy prawa to określają lub dobrowolne jeżeli odbywa się to na podstawie Twojej zgody lub ma na celu zawarcie umowy.

Odmowa podania danych osobowych równoważna jest z brakiem możliwości rejestracji w Urzędzie lub skorzystania z usług i instrumentów rynku pracy oraz realizacji czynności urzędowych w PUP w Koninie.

1. **Odbiorcy danych**

Twoje dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców:

* podmiotom upoważnionym do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
* podmiotom, które przetwarzają Twoje dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
1. **Informacja o zamiarze przekazywania danych do państw trzecich.**

Informujemy, że nie zamierzamy przekazywać Twoich danych do państw trzecich.

1. **Okres przechowywania danych**

Twoje dane będą przechowywane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Koninie zgodnie z obowiązującym w nim Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Ci:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych (jeżeli nie narusza to zapisów zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt) ;
4. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
5. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania w rozumieniu RODO.

 …………………………………….

 podpis

Załącznik nr 3 do Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

.................................................. . .................. dnia .............................

/pieczęć firmowa pracodawcy/

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że ….........................................................................................................................

 /pełna nazwa pracodawcy/

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

w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **otrzymałam/em / nie otrzymałam/em \*** pomocy de minimis.

\* niepotrzebne skreślić

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie \*\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

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

 */pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania pracodawcy/*

\* należy zaznaczyć właściwą odpowiedź.

\*\* informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Podmiot otrzymał w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.

Załącznik nr 4 do Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
3. **Posiadam/ nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
4. **Spełniam warunki/ nie spełniam warunków\*** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. U. UE L 352/1 z 24.12.2013r)
5. **Spełniam warunki/ nie spełniam warunków\*** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. U. UE L 352/9 z 24.12.2013r).
6. **Spełniam warunki/ nie spełniam warunków\*** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06. 2014r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. U. UE L 190/45 z dnia 28 czerwca 2014 )
7. **Oświadczam, że ciąży/ nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy.

 **8.** Jest mi wiadome, że szkolenie bezrobotnych na podstawie trójstronnej umowy szkoleniowej stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Koninie, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

……………………………… ….………...……………………………………………..
 (data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby
 upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

**\*** niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 5 do Wniosku o organizację szkolenia na podstawie

trójstronnej umowy szkoleniowej

Załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów
 z dnia 24 października 2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis

|  |
| --- |
| **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 KlasyfikacjiDziałalności (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 zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:** |  |
|  | **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanychz 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 podziałemw 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 gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **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 potencjał do świadczenia usług?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **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 zerowa?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności finansowej?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **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 działalność:** |  |
|  | **1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury12)?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

 **nie** |  |
|  | **2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **4) w sektorze drogowego transportu towarów?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  |  | **Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdówwykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **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 rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **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 zidentyfikować kosztów?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc de minimis?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

 **nie** |  |
|  | **Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.** |  |
|  | **Przeznaczeniepomocy** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość otrzymanejpomocy** | **brutto** | **5b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **nominalna** | **5a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Formapomocy** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **informacje szczegółowe** | **3b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **informacje podstawowe** | **3a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Podmiotudzielającypomocy** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Dzieńudzieleniapomocy** | **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** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1) W przypadku gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, w formularzu podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółkicywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejscaprowadzenia działalności imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki. |
| 2) Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółkikomandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tegowspólnika albo komplementariusza). |
| 3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP. |
| 4) Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasadprowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracjirządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowejhttp://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie\_sprawozdan\_z\_wykorzystaniem\_aplikacji\_shrimp.php. |
| 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X. |
| 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasęPKD tej działalności, która generuje największy przychód. |
| 7) Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostkisamorządu terytorialnego. |
| 8) Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi. |
| 9) Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc de minimis, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopyreferencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc de minimis ma być udzielona napodstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2012 r. poz. 657,z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli prowadzenia działalnościgospodarczej. |
| 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziomodzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski. |
| 11) Dotyczy wyłącznie producentów. |
| 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktówrybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz.Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1). |
| 13) Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowymprzypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, októrej mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji orazmetod przypisywania kosztów i przychodów. |
| 14) Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza. |
|  | **Strona 7 z 7** |  |