

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

Nr sprawy
(wypełnia Urząd)

**Starosta Kartuski -
- Powiatowy Urząd Pracy
w Kartuzach**

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH
DLA (właściwie należy zaznaczyć X):**

- skierowanych bezrobotnych
 skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej

składany na podstawie: art. 51, art. 51a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne.

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy

2. Dokładny adres siedziby

3. Adres korespondencyjny

4. Miejsce prowadzenia działalności

5. Osoba wyznaczona do kontaktów z Urzędem w zakresie realizacji wniosku

6. Telefon/fax e-mail

7. Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy przy podpisywaniu umowy

(imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe)

8. Zgoda na prowadzenie korespondencji drogą elektroniczną (właściwie należy zaznaczyć X)

- TAK NIE

(w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę o wypełnienie **Załącznika nr 1 do wniosku**)

9.

| Numer NIP | Numer REGON | Numer PKD ¹ (wg. obowiązującej klasyfikacji z 2007 r.) |
|-----------|-------------|---|
| | | |

10. Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który Urząd będzie dokonywał refundacji

11. Data rozpoczęcia działalności

12. Przedmiot prowadzonej działalności

13. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności (właściwie należy zaznaczyć X)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą | <input type="checkbox"/> Spółka cywilna | <input type="checkbox"/> Spółka jawna |
| <input type="checkbox"/> Spółka partnerska | <input type="checkbox"/> Spółka komandytowa | <input type="checkbox"/> Spółka komandytowo-akcyjna |
| <input type="checkbox"/> Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <input type="checkbox"/> Spółka akcyjna | <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo państwowe |
| <input type="checkbox"/> Inna (jaka?) | | |

14. Wielkość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe%.

15. Stan zatrudnienia u Wnioskodawcy:

Do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, pracowników młodocianych i stażystów.

| Forma zatrudnienia | Ogólna liczba pracowników w dniu złożenia wniosku | Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy |
|--------------------|---|---|
| Umowa o pracę | | |
| Umowa zlecenie | | |
| Ogółem: | | |

¹ Proszę o podanie nr PKD działalności, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach niniejszego wniosku. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia wnioskowanej działalności, proszę o podanie klasy działalności, która generuje największy przychód.
Wersja 1_2025

IIA. INFORMACJE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH:

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia
2. Wnioskowany **okres refundacji** (odpowiednie należy zaznaczyć X)
 do 6 miesięcy – obowiązek utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji.
Realizacja takiej umowy trwa do 9 miesięcy.

3. Oferta pracy:

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1. Nazwa zawodu: | | 2. Nazwa stanowiska: | | |
| 3. Kod zawodu wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności ² <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 4. Adres miejsca wykonywania pracy: | 5. Wnioskowana liczba kandydatów: | |
| 6. Rodzaj zatrudnienia*: <input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas określony | | 7. Zmianowość*: <input type="checkbox"/> jednozmianowa <input type="checkbox"/> dwie zmiany Praca w godz. od do Praca w wolne dni*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | 8. Wymiar czasu pracy*: <input type="checkbox"/> 1/2** <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> inny** |
| 9. Wysokość wynagrodzenia: (brutto miesięcznie) od..... do | | 10. System wynagradzania: (np.: miesięczny) | 11. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów: | |
| 12. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom*: <input type="checkbox"/> do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący <input type="checkbox"/> w następnym miesiącu za miesiąc poprzedni | | | | |
| 13. Proponowany okres zatrudnienia: od dnia do dnia | | | | |
| 14. Charakterystyka lub ogólny zakres obowiązków: | | | | |
| 15. Poziom wykształcenia*: <input type="checkbox"/> brak lub niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> pomaturalne/policealne <input type="checkbox"/> średnie branżowe <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> średnie zawodowe 4 letnie <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> zasadnicze branżowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe Typ wykształcenia: Wymaganie*: <input type="checkbox"/> konieczne <input type="checkbox"/> pożądane <input type="checkbox"/> dodatkowe | | 16. Na oferowanym stanowisku wymagane jest badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |
| 18. Umiejętności: 1) 2) | | 17. Wymagane doświadczenie zawodowe*: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK okres stażu pracy | | |
| 19. Uprawnienia: 1) 2) | | 20. Znajomość języków obcych*: 1) język Stożenie znajomości: w mowie <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B1 - średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 - zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 - biegły w piśmie <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B1 - średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 - zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 - biegły 2) język Stożenie znajomości: w mowie <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B1 - średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 - zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 - biegły w piśmie <input type="checkbox"/> A1 - początkujący <input type="checkbox"/> A2 - niższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B1 - średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> B2 - wyższy średnio zaawansowany <input type="checkbox"/> C1 - zaawansowany <input type="checkbox"/> C2 - biegły | | |
| 21. Czy możliwe jest obniżenie kwalifikacji skierowanego bezrobotnego: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Urząd nie będzie kierował bezrobotnych na stanowisko, dla którego nie ma możliwości obniżenia kwalifikacji (dotyczy to również uzupełnienia powstałego wakat). | | | | |

* w przypadku wyboru właściwej odpowiedzi należy zaznaczyć znakiem „X”

** dotyczy wyłącznie wniosków o skierowanie bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej

² Klasyfikacja zawodów: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania. Link do klasyfikacji znajduje się na stronie internetowej:

karty.praca.gov.pl. Prosimy o nie stosowanie kodów z określeniem „pozostali”.

IIB. INFORMACJE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH lub POSZUKUJĄCYCH PRACY OPIEKUNÓW OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ:

1. Liczba bezrobotnych lub poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej proponowanych do zatrudnienia
2. Wnioskowany **okres refundacji** (odpowiednie należy zaznaczyć X)
 - do 6 miesięcy** – obowiązek utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji.

Realizacja takiej umowy trwa do 9 miesięcy.
3. W przypadku zainteresowania zatrudnieniem bezrobotnych lub poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej należy wypełnić ofertę pracy zawartą w IIA pkt 3.

Wyjaśnienia dotyczące kwot refundacji

Maksymalna kwota refundacji kosztów poniesionych przez Pracodawcę na wynagrodzenia jednego skierowanego bezrobotnego zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy, ustalona przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach na rok 2025 wynosi **1 660 PLN** miesięcznie, natomiast w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej, zatrudnionego co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy wynosi **2 333 PLN** miesięcznie. Ostateczna kwota refundacji powiększana jest o składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.

III. DEKLARACJA DALSZEGO ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI UMOWY - PO 9 MIESIĄCACH (właściwe należy zaznaczyć X)

- zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w wymiarze całego etatu na okres minimum 3 miesięcy
- brak deklaracji dalszego zatrudnienia

IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

Jako Wnioskodawca ubiegający się o zatrudnienie osoby bezrobotnej w ramach prac interwencyjnych oświadczam, co następuje (właściwe należy zaznaczyć X):

1. **jestem pracodawcą** / **nie jestem pracodawcą**, tj. zatrudniam co najmniej jednego pracownika.
2. **jestem przedsiębiorcą** / **nie jestem przedsiębiorcą**, tj. wykonuję we własnym imieniu działalność gospodarczą.
3. **zalegam** / **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z zapłatą w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. **zalegam** / **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
5. **toczy się** / **nie toczy się** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne.
6. **został** / **nie został** zgłoszony wniosek i nie przewiduje się zgłoszenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego.
7. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **byłem** / **nie byłem** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **jestem** / **nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
8. **podlegam** / **nie podlegam** / **nie dotyczy** przepisom o pomocy publicznej.
9. **cięży** / **nie ciąży** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji (WE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
10. **spełniam** / **nie spełniam** / **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
11. **spełniam** / **nie spełniam** / **nie dotyczy** warunki/warunków 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 oraz
12. **spełniam** / **nie spełniam** / **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
13. **otrzymałem(am)** / **nie otrzymałem(am)** pomoc(y) ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc, o którą się ubiegam w ramach niniejszego wniosku.
14. **prowadzę** / **nie prowadzę** działalność/działalności exportową/exportowej. Pomoc de minimis w ramach prac interwencyjnych nie może dotyczyć pomocy wywozowej ani pomocy uwarunkowanej pierwszeństwem korzystania z produktów krajowych w stosunku do produktów przywożonych. Nie powinna mieć zastosowania do pomocy na tworzenie i prowadzenie sieci dystrybucyjnej w innych państwach członkowskich lub państwach trzecich.

15. **Poinformuję** Urząd o uzyskaniu pomocy publicznej lub pomocy de minimis w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy oraz o innych istotnych zmianach mających wpływ na realizację wniosku.
16. Znam i **spełniam** / **nie spełniam** warunki/warunków, o których mowa w *Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne*.
17. **zapoznałem się** / **nie zapoznałem się** z „Zasadami organizowania i finansowania prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach”, które dostępne są na stronie kartuzy.praca.gov.pl
18. **wywiązałem się** / **nie wywiązałem** / **nie dotyczy** się z dotychczasowej współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy w Kartuzach.
19. **jestem** / **nie jestem** objęty/a sankcjami nałożonymi w związku z agresją Rosji na Ukrainę*.
20. **jestem** / **nie jestem** powiązany z osobami objętymi sankcjami w związku z agresją Rosji na Ukrainę*.
21. **jestem** / **nie jestem** powiązany z osobami prawnymi, podmiotami lub organami z siedzibą w Rosji, które w ponad 50% są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną Rosji.
22. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach pod adresem (<http://pup.kartuzy.ibip.pl/public/?id=229744>): **RODO – klauzula informacyjna ogólna oraz w siedzibie Urzędu.**

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data

.....
(Wnioskodawca lub osoba uprawniona
do jego reprezentowania)

*Środki krajowe oraz UE nie są przekazywane podmiotom, które podlegają wykluczeniu z możliwości ich otrzymania na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej.
Pomocy nie udziela się Pracodawcy/Przedsiębiorcy objętemu sankcjami w myśl ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Podmiot podlega weryfikacji pod kątem figurowania na listach sankcyjnych:

- 1) na liście osób i podmiotów, względem których zastosowanie mają sankcje prowadzonej w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 2) w załączniku nr 1 Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
- 3) w załączniku nr 1 Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
- 4) w załączniku nr 4 oraz art. 51 Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

ZAŁĄCZNIKI:

DLA WNIOSKODAWCY NIE BĘDĄCEGO BENEFICJENTEM POMOCY PUBLICZNEJ:

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia danej instytucji.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON – (najbardziej aktualne).
3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną – **załącznik nr 1 do wniosku**.
4. Oświadczenie Wnioskodawcy o powiązaniu wsparcia z co najmniej jedną z Inteligentnych Specjalizacji Pomorza (ISP) lub branż kluczowych istotnych dla rozwoju województwa pomorskiego - subregionu powiatu kartuskiego – **załącznik nr 5 do wniosku** (Załącznik składa się wyłącznie w przypadku zainteresowania organizowaniem prac interwencyjnych dla osób bezrobotnych do 30. roku życia.)

DLA WNIOSKODAWCY BĘDĄCEGO BENEFICJENTEM POMOCY PUBLICZNEJ:

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia przedsiębiorstwa (wydruk ze strony internetowej CEIDG www.firma.gov.pl potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej, kopia wypisu z rejestru sądowego lub inne).
2. Umowa spółki cywilnej, w przypadku gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON – (najbardziej aktualne).
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną – **załącznik nr 1 do wniosku**.
5. Oświadczenie o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis – **załącznik nr 2 do wniosku**
W przypadku otrzymania takiej pomocy należy dołączyć wszystkie zaświadczenia dokumentujące otrzymaną pomoc de minimis, jakie przedsiębiorca otrzymał w okresie minionych 3 lat albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej lub nie otrzymanej w tym okresie.
Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 3 do wniosku
Formularz stanowi załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis lub (jeżeli dotyczy)
Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 4 do wniosku
Formularz stanowi załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
6. Oświadczenie Wnioskodawcy o powiązaniu wsparcia z co najmniej jedną z Inteligentnych Specjalizacji Pomorza (ISP) lub branż kluczowych istotnych dla rozwoju województwa pomorskiego - subregionu powiatu kartuskiego – **załącznik nr 5 do wniosku** (Załącznik składa się wyłącznie w przypadku zainteresowania organizowaniem prac interwencyjnych dla osób bezrobotnych do 30. roku życia.)

WAŻNE!

Każda pozycja wniosku powinna zostać wypełniona. Do wniosku należy dołączyć wszystkie wymienione załączniki. Wszystkie dokumenty składane w kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”. Wniosek winien być podpisany przez umocowanego przedstawiciela Wnioskodawcy. Wnioski niekompletne lub wypełnione nieczytelnie, nie podpisane lub podpisane przez nieupoważnioną osobę, nie zawierające pełnej informacji o Wnioskodawcy i mimo wezwania nie uzupełnione w terminie wyznaczonym przez Urząd – nie będą rozpatrywane. Złożenie wniosku nie gwarantuje zawarcia umowy.

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną

W związku ze złożonym Wnioskiem o organizowanie prac interwencyjnych a w przypadku podpisania Umowy w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych **wyrażam zgodę na otrzymywanie** wszelkiej kierowanej do mnie przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach korespondencji, w tym w szczególności:

- A. Informacji o sposobie rozpatrzenia wniosku o organizowanie prac interwencyjnych,
- B. Umowy w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych
- C. Zaświadczeń o pomocy de minimis oraz korekt
- D. Not księgowych,
- E. Protokołów kontroli lub wizyt monitorujących,
- F. Informacji dotyczącej wywiązania się z zawartej umowy

drogą elektroniczną na adres e-mail / elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP

.....
oraz **przetwarzanie moich danych osobowych** (adres e-mail) w ww. celu.

Oświadczam, że ww. korespondencja będzie odbierana pod niniejszym adresem e-mail / elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP.

Za datę otrzymania korespondencji uznaję datę jej wysłania przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach.

Zobowiązuję się do każdorazowego i natychmiastowego podania zmiany tego adresu będąc świadomym/a, że do tego czasu doręczenie korespondencji na dotychczasowy adres e-mail / elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP będzie skuteczne.

Data

.....
(Wnioskodawca lub osoba uprawniona
do jego reprezentowania)

Informacja:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia korespondencji i w celu, dla którego zostały udostępnione Administratorowi.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – PUODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO.

Treść pełnej klauzuli informacyjnej jest dostępna w BIP Powiatowego Urzędu pracy w Kartuzach.

Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis*¹

Oświadczam, iż
(pełna nazwa Wnioskodawcy, imię i nazwisko Wnioskodawcy)

w okresie trzech lat poprzedzających na dzień złożenia wniosku (otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am) – proszę wpisać właściwą odpowiedź) pomoc *de minimis*¹.

UWAGA! Składając oświadczenie i wykazując pomoc *de minimis* należy uwzględnić każdą otrzymaną pomoc *de minimis*, w tym pomoc w rolnictwie i rybołówstwie

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* proszę o wypełnienie poniższej tabeli

| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy ² | Dzień udzielenia pomocy ³ (dzień-miesiąc-rok) | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy ⁴ | Wartość pomocy brutto ⁵ | |
|-------------------------------|--------------------------|--|---|---|---------------------------|------------------------------------|--------------------|
| | | | | | | w PLN | w EUR ⁶ |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Razem pomoc <i>de minimis</i> | | | | | | | |

¹ Pomoc *de minimis* w rozumieniu Artykułu 3 Rozporządzenia Komisji (WE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* oznacza pomoc przyznawaną **JEDNEMU PRZEDSIĘBIORSTWU*** w ciągu minionych 3 lat, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie składanego wniosku nie przekroczy równowartości 300 000 EURO. Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków ani innych opłat.

² Należy podać pełną podstawę prawną udzielenia pomocy (nazwa aktu prawnego).

³ Dzień nabycia przez wnioskodawcę prawa do skorzystania z pomocy, a w przypadku gdy udzielenie pomocy w formie ulgi podatkowej następuje na podstawie aktu normatywnego – terminy określone w art. 2 pkt.11 lit. a-c ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

⁴ Pomocą jest każde wsparcie udzielone ze środków publicznych w szczególności: dotacje, pożyczki, kredyty, gwarancje, poręczenia, ulgi i zwolnienia podatkowe, zaniechanie poboru podatku, odroczenie płatności lub rozłożenie na raty płatności podatku, umorzenie zaległości podatkowej oraz inne formy wsparcia, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowują ich beneficjenta w stosunku do konkurentów.

⁵ Należy podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji, obliczony zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu obliczania wartości pomocy publicznej udzielanej w różnych formach, wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

⁶ Należy podać wartość pomocy w euro ustaloną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej równowartość pomocy w euro ustala się według kursu średniego walut obcych, ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.

***JEDNO PRZEDSIĘBIORSTWO** oznacza wszystkie jednostki gospodarcze, które pozostają w co najmniej jednym z następujących stosunków:

- jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników;
- jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
- jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
- jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami w tej jednostce, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)–d), poprzez co najmniej jedną inną jednostkę gospodarczą również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

****Jeśli Wnioskodawca posiada ww. powiązanie/a z innym przedsiębiorstwami należy wskazać pomoc *de minimis* łącznie tj. Pracodawca, który składa wniosek + przedsiębiorstwa powiązane. Ponadto, w przypadku gdy Wnioskodawcą jest spółka cywilna, powyższe Oświadczenie, tj. Załącznik nr 2 do wniosku, należy złożyć dla spółki cywilnej, a także dla każdego ze Wspólników z osobna.**

Prawdziwość informacji zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)

Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831)

A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis¹⁾

A1. Informacje dotyczące wnioskodawcy niebędącego podmiotem, któremu ma być udzielona pomoc de minimis²⁾

1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

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 2021 r. poz. 679)

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. z 2024 r. poz. 594)

jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 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, z późn. zm.)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. poz. 1885, z późn. zm.)⁶⁾

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

8) Data utworzenia podmiotu

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami⁷⁾

Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

- a) jeden przedsiębiorca posiada większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników drugiego przedsiębiorcy? tak nie
- b) jeden przedsiębiorca ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorcy? tak nie
- c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub zgodnie z 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 powiązanych z podmiotem przedsiębiorców
- b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie minionych 3 lat 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, lub przekształcenia przedsiębiorcy

Czy podmiot w okresie minionych 3 lat:

- a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców? tak nie
- b) przejął innego przedsiębiorcę? tak nie
- c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy? tak nie
- d) powstał w wyniku przekształcenia 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 okresie minionych 3 lat wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom⁸⁾

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c lub d należy podać:

- a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem lub przekształceniem
- b) łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie minionych 3 lat przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem lub przekształceniem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot⁸⁾

Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy *de minimis* uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem była przeznaczona na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:

- łączną wartość pomocy *de minimis* udzielonej w okresie minionych 3 lat przedsiębiorcy przed podziałem⁸⁾
- wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)
- wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)

B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc *de minimis*⁹⁾

- 1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym? tak nie
- 2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni- albo w przypadku, o którym mowa w art. 4 ust. 7 rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis*, będący każdym przedsiębiorcą - 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:

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 produkcji podstawowej produktów 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 dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rybołówstwa i akwakultury¹²⁾? tak nie
- 5) Czy wnioskowana pomoc *de minimis* będzie przeznaczona na działalność wskazaną w pkt 1–4? tak nie
- 6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 lub 2: 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

D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis

1) Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów? tak nie

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

3) Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę¹⁴⁾ w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna udzielenia pomocy | | Forma pomocy | Wartość otrzymanej pomocy | | Przeznaczenie pomocy |
|-----|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------|---------------------------|--------|----------------------|
| | | | informacje podstawowe | informacje szczegółowe | | nominalna | brutto | |
| | 1 | 2 | 3a | 3b | 4 | 5a | 5b | 6 |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

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

Numertelefonu

Stanowisko służbowe

Data i podpis

¹⁾ W przypadku gdy o pomoc *de minimis* wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności - imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki.

²⁾ Wypełnia się w przypadku, gdy o pomoc *de minimis* wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika, akcjonariusza albo komplementariusza lub osoby trzeciej, na którą przeniesiono odpowiedzialność podatkową).

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 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. poz. 1031, z późn. zm.).

⁵⁾ Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X.

⁶⁾ Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc *de minimis*. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD 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, jednostki samorządu 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 702), 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 stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc *de minimis* ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2004 r. poz. 291), oraz będących osobami fizycznymi, które na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęły prowadzenia działalności gospodarczej.

¹⁰⁾ Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski.

¹¹⁾ Dotyczy wyłącznie producentów.

¹²⁾ Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa 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, z późn. zm.).

¹³⁾ 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 na określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

¹⁴⁾ Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza.

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ PRZY
UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

1) Imię i nazwisko albo firma Wnioskodawcy

.....
.....

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres Wnioskodawcy

.....
.....

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc*):

- działalność w rolnictwie
 działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy ¹⁾ | Podstawa prawna ²⁾ | Wartość pomocy ³⁾ | Forma pomocy ⁴⁾ | Przeznaczenie pomocy ⁵⁾ |
|-----|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

Objaśnienia:

- 1) *Dzień udzielenia pomocy* - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.
2) *Podstawa prawna* - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.
3) *Wartość otrzymanej pomocy* - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.
4) *Forma pomocy* - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.
5) *Przeznaczenie otrzymanej pomocy* - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(data i podpis)

*) Zaznaczyć właściwe.

Załącznik nr 5 do Wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POWIĄZANIU WSPARCIA Z CO NAJMNIEJ
JEDNĄ Z INTELIGENTNYCH SPECJALIZACJI POMORZA (ISP) LUB BRANŻ
KLUCZOWYCH ISTOTNYCH DLA ROZWOJU WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO -
SUBREGIONU POWIATU KARTUSKIEGO**

Proszę wstawić znak „x” we właściwym polu

1) Oświadczam, że wnioskowane wsparcie uwzględnia następujący obszar ISP³:

ISP 1 Technologie offshore i portowo-logistyczne w zakresie:

- uniwersalne konstrukcje i technologie do eksploatacji zasobów morza
- pojazdy i jednostki pływające wykorzystywane w środowisku morskim i przybrzeżnym
- rozwiązania techniczne redukujące negatywny wpływ na naturalne środowisko morskie i strefę przybrzeżną
- nowatorskie sposoby i technologie wykorzystania unikatowych naturalnych związków produkowanych przez organizmy morskie
- technologie, urządzenia i procesy służące poprawie bezpieczeństwa i efektywności usług transportowych i logistycznych w portach i na ich zapleczu i przedpolu
- technologie Smart Sea

ISP 2 Technologie interaktywne w środowisku nasyconym informacyjnie w zakresie:

- multimodalne interfejsy człowiek-maszyna
- przestrzenie i systemy inteligentne (Smart Spaces and Smart Systems)
- inżynieria kosmiczna i satelitarna
- sztuczna Inteligencja oraz zaawansowane przetwarzanie i cyberbezpieczeństwo danych

ISP 3 Zielona energia – Technologie efektywne w zakresie:

- poprawa efektywności energetycznej w budownictwie i przemyśle
- odnawialne źródła energii (OZE), generacja rozproszona i energetyka prosumencka
- magazynowanie energii
- środki transportu o napędzie alternatywnym
- technologie „smart grid” w dystrybucji energii
- technologie w energetyce jądrowej
- poszukiwanie, wydobycie i przetwarzanie surowców energetycznych

ISP 4 Wspólne Zdrowie – Technologie medyczne w zakresie zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska jako jednego wspólnego ekosystemu w zakresie:

- nowoczesne rozwiązania w profilaktyce chorób w obszarze zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska jako jednego wspólnego ekosystemu
- nowoczesne rozwiązania w diagnostyce w zakresie zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska jako jednego wspólnego ekosystemu
- nowoczesne rozwiązania w terapii w zakresie zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska jako jednego wspólnego ekosystemu
- systemy wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich integracji w obszarze zdrowia, ludzi, zwierząt i środowiska jako jednego wspólnego ekosystemu

³ Należy zaznaczyć odpowiednie ISP.

2) Oświadczam, że wnioskowane wsparcie uwzględnia następujące branże kluczowe dla gospodarki województwa pomorskiego, z uwzględnieniem subregionu powiatu kartuskiego⁴:

Dla poszczególnych branż są to odpowiednio następujące działy lub sekcje PKD:

| Branża | Dział/ Kod PKD | Zakres | Proszę wstawić „X” w odpowiednim wierszu |
|---|-------------------|--|---|
| Branża budowlana | DZIAŁ 41 | Roboty budowlane związane ze wznoszeniem budynków | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 42 | Roboty związane z budową obiektów inżynierii lądowej i wodnej | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 43 | Roboty budowlane specjalistyczne | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 23 | Produkcja wyrobów z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych | <input type="checkbox"/> |
| Branża drzewno- meblarska | DZIAŁ 02 | Leśnictwo i pozyskiwanie drewna | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 16 | Produkcja wyrobów z drewna oraz korka, z wyłączeniem mebli; produkcja wyrobów ze słomy i materiałów używanych do wyplatania | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 31 | Produkcja mebli | <input type="checkbox"/> |
| Branża kreatywna | DZIAŁ 32 | Pozostała produkcja wyrobów | <input type="checkbox"/> |
| | PKD 74.1 | Działalność w zakresie specjalistycznego projektowania | <input type="checkbox"/> |
| Branża metalowo- maszynowa | DZIAŁ 25 | Produkcja metalowych wyrobów gotowych, z wyłączeniem maszyn i urządzeń | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 28 | Produkcja maszyn i urządzeń, gdzie indziej niesklasyfikowana | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 33 | Naprawa, konserwacja i instalowanie maszyn i urządzeń | <input type="checkbox"/> |
| Branża turystyki, czasu wolnego i MICE (ang. Meetings, Incentives, Conferences, Exhibitions) | DZIAŁ 55 | Zakwaterowanie | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 56 | Działalność usługowa związana z wyżywieniem | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 79 | Działalność organizatorów turystyki, pośredników i agentów turystycznych oraz pozostała działalność usługowa w zakresie rezerwacji i działalności z nią związane | <input type="checkbox"/> |
| | PKD 82.3 | Działalność związana z organizacją targów, wystaw i kongresów | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 90 | Działalność twórcza związana z kulturą i rozrywką | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 91 | Działalność bibliotek, archiwów, muzeów oraz pozostała działalność związana z kulturą | <input type="checkbox"/> |
| | DZIAŁ 93 | Działalność sportowa, rozrywkowa i rekreacyjna | <input type="checkbox"/> |
| Branża tworzyw sztucznych | DZIAŁ 22 | Produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych | <input type="checkbox"/> |

⁴ Należy zaznaczyć odpowiednie branże.

Uzasadnienie powiązania wnioskowanego wsparcia z ISP / branżami kluczowymi dla gospodarki województwa pomorskiego (subregionu powiatu kartuskiego):

1) Opis przedmiotu działalności wykonywanej w ramach ISP/ branż kluczowych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Opis powiązania pracy kierowanej osoby z działaniami zgodnymi z ISP / branżami kluczowymi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data
(Wnioskodawca lub osoba uprawniona do jego reprezentowania)

1. Zakres przedmiotowy Inteligentnych Specjalizacji Pomorza określony został w Załączniku nr 1 do Uchwały nr 591/549/24 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 21 maja 2024 r.
2. Lista branż kluczowych dla gospodarki województwa pomorskiego z uwzględnieniem specyfiki subregionalnej określona została w Załączniku do Uchwały Nr 580/548/24 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 16 maja 2024 r.