

**Zarządzenie nr 8/2018**  
**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Końskich**  
**z dnia 12 lutego 2018 roku**

**w sprawie wprowadzenia nowych dokumentów stosowanych  
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich**

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U z 2016 r., poz. 2046), rozporządzenia Ministra Pracy i polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (t.j. Dz.U z 2015 r. poz.93) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 października 2007 r. w sprawie przyznawania osobie niepełnosprawnej jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz.102) § 15 pkt 12 Regulaminu Organizacyjnego **zarządzam** co następuje:

**§ 1**

Wprowadzam wzory dokumentów do stosowania w Powiatowym Urzędzie Pracy w Końskich, takich jak:

1. Umowa w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia jednego stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej ze środków państwowego Funduszu Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych- stanowi **załącznik nr 1**,
2. Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej- stanowi **załącznik nr 2**,

**§ 2,**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**DYREKTOR**  
Powiatowego Urzędu Pracy  
  
*mgr Bożena Urban*

UMOWA Nr ..... /2018

w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia jednego stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

zawarta w dniu ..... 2018 pomiędzy Powiatem Koneckim – Powiatowym Urzędem Pracy w Końskich, ul. Stanisława Staszica 2, 26-200 Końskie zwanym dalej „Urzędem” reprezentowanym przez Starostę w imieniu, którego działa Bożena Urban - Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Końskich a ..... właścicielem firmy..... z siedzibą ....., NIP..... zwanym dalej „Pracodawcą” reprezentowaną/ym przez..... następującej treści:

§ 1

- 1. Pracodawca utworzy i wyposaży ..... nowe stanowisko pracy dla ..... osoby niepełnosprawnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w terminie do 3 miesięcy od daty zawarcia niniejszej umowy, nie później jednak niż do dnia ..... 2018 roku.
2. Starosta zwróci koszty poniesione przez Pracodawcę na:
- wyposażenie jednego stanowiska pracy w wysokości ..... zł. (słownie: ..... złotych), zgodnie z kwotą ustaloną w wyniku negocjacji w dniu ..... 2018 r.

§ 2

- 1. Refundacja obejmuje:
1.) udokumentowane koszty zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna;
2.) kwotę niepodlegającego odliczeniu:
a) podatku od towarów i usług,
b) podatku akcyzowego
związanych z przedmiotami opodatkowania określonymi w pkt 1.
2. Refundacja przyznawana jest jako pomoc de minimis.
3. Kwota refundacji określona w § 1 ust. 2 obejmuje koszty poniesione po dniu podpisania umowy na wyposażenie nowego stanowiska pracy:

Table with 4 columns: Lp., Nazwa nowego stanowiska pracy, Wyposażenie, Kwota refundacji w zł. Row 1: 1., ....., 1. ...., ....., RAZEM, .....

§ 3

Pracodawca zobowiązuje się do:

- 1. Zabezpieczenia zwrotu kwoty refundacji w formie .....
2. Nowe stanowisko pracy będzie utworzone w .....
3. Utworzenia ..... nowego stanowiska pracy zgodnie z obowiązującymi normami przepisami, które dotyczą w szczególności: powierzchni, oświetlenia, temperatury pomieszczenia, wilgotności powietrza, dopuszczalnych norm stężeń czynników szkodliwych dla zdrowia, hałasu.
4. Zapewnienia na nowym stanowisku pracy właściwych warunków sanitarnych,

- bezpieczeństwa i higieny pracy oraz odpowiedniego rodzaju pracy dla danej osoby niepełnosprawnej.
5. Powiadomienia Urzędu o fakcie utworzenia nowego miejsca pracy w terminie określonym w § 1 ust. 1.
  6. Zawarcia w terminie **do 3 miesięcy od daty zawarcia niniejszej umowy** - umowy o pracę z 1 osobą niepełnosprawną, posiadającą skierowanie do pracy z Urzędu, nie później jednak niż do dnia ..... **2018 r.**
  7. Zatrudnienia ..... **osoby niepełnosprawnej** w wymiarze czasu pracy **1 etatu**, przez okres nie krótszy niż 36 miesięcy ( do tego okresu nie wlicza się przerw w zatrudnieniu, udzielone urlopy bezpłatne i wychowawcze przedłużają także czas trwania umowy w razie nie zatrudniania na tych stanowiskach na czas określony, innych osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w Urzędzie jako bezrobotne albo poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu), z tym że:
    - a) jeżeli okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej na nowym stanowisku pracy będzie krótszy niż 36 miesięcy, Pracodawca jest zobowiązany zwrócić Funduszowi za pośrednictwem Starosty środki w wysokości równej 1/36 ogólnej kwoty zwrotu za każdy miesiąc brakujący do upływu okresu, jednak w wysokości nie mniejszej niż 1/6 tej kwoty. Pracodawca dokonuje zwrotu w terminie 3 miesięcy od dnia rozwiązania stosunku pracy z osobą niepełnosprawną z zastrzeżeniem lit.b)
    - b) Pracodawca nie zwraca środków w sytuacji, o której mowa w lit. a), jeżeli zatrudni w terminie do 3 miesięcy od dnia powstania wakat na danym stanowisku pracy, inną osobą niepełnosprawną lub poszukującą pracy i niepozostającą w zatrudnieniu, posiadającą skierowanie przez Urząd,
  8. Dostarczenia do Urzędu kopii umowy o pracę zawartej z osobą zatrudnioną na refundowanym stanowisku pracy, orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność tej osoby, zestawienia poniesionych kosztów podlegających refundacji oraz kopie dowodów ich poniesienia w terminie 7 dni od dnia poniesienia ostatniego z tych kosztów w formie „**Wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej cz. II**”- Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. – w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej – tekst jedn. Dz. U.2015 r. 93.
  9. Zwrotu otrzymanej refundacji oraz odsetek od refundacji naliczonych od dnia jej otrzymania w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania Starosty do zapłaty lub ujawnienia naruszenia co najmniej jednego z warunków umowy. Odsetek od refundacji nie nalicza się w przypadku, gdy refundacja została wypłacona pracodawcy w wysokości wyższej od należnej z przyczyn niezależnych od Pracodawcy.
  10. Przedstawiania do Urzędu co 6 miesięcy (licząc od dnia zatrudnienia osoby niepełnosprawnej) informacji o zatrudnionej osobie niepełnosprawnej (raport imienny ZUS RCA, RSA zatrudnionej osoby).
  11. Zawiadamiania Urzędu w terminie 7 dni o wszelkich zmianach dotyczących realizacji umowy, a także o każdym przypadku ustania stosunku pracy lub wypowiedzenia umowy o pracę z osobą niepełnosprawną.
  12. Przyjęcia innej osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Urzędzie, jako bezrobotnej albo poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu na zwolnione stanowisko pracy w terminie 3 miesięcy od daty powstania wakat oraz dostarczenia Staroście kopii umowy o pracę, zaświadczenia z medycyny pracy o zdolności do pracy oraz kopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
  13. Niezbywania wyposażenia nowego stanowiska pracy oraz nie obciążania go

ograniczonymi prawami rzeczowymi i nie oddawania ich osobom trzecim do używania - do czasu wygaśnięcia umowy.

14. Umożliwienia przeprowadzenia kontroli przez Urząd i/ lub PFRON nowego stanowiska pracy, udzielenia rzetelnych informacji i wyjaśnień, udostępniania wszelkich dokumentów związanych z realizacją umowy.
15. Zawiadamiania Urzędu o każdej planowanej zmianie mającej wpływ na realizację zobowiązań wynikających z umowy.
16. Zgłoszenia do Urzędu o każdej zmianie lokalizacji miejsca pracy oraz wyposażenia celem uzyskania zgody na planowaną zmianę.
17. Prawidłowego zabezpieczenia urządzeń stanowiących wyposażenie miejsc pracy oraz niedopuszczenie do przemieszczeń tego wyposażenia na inne stanowiska w zakładzie pracy.
18. Pracodawca zobowiązuje się do przechowywania dokumentów związanych z udzieloną pomocą de minimis przez okres 10 lat.

#### § 4

**Po spełnieniu przez Pracodawcę warunków, o których mowa w § 1 ust. 1. oraz w § 3 niniejszej Umowy, Starosta zobowiązuje się do:**

1. Zwrotu kosztów poniesionych przez Pracodawcę na utworzenie i wyposażenie ..... **nowego stanowiska pracy** na podstawie: pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy, zestawienia poniesionych kosztów podlegających refundacji oraz kopii dowodów ich poniesienia (kopie: faktur, rachunków), po uprzednim odbiorze utworzonego stanowiska pracy i kontroli dokumentów ze stanem faktycznym przez Urząd w kwocie określonej w § 1 ust. 2. Refundacja kosztów nastąpi w ciągu 14 dni od dnia przedstawienia przez Pracodawcę pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowaniu stanowiska pracy do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy.
  - a) zwrot kosztów, o których mowa w pkt 1, będzie dokonywany na konto Pracodawcy w: .....nr rachunku bankowego .....
2. Co najmniej jednokrotnego zweryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy w czasie obowiązywania umowy.
3. W terminie 7 dni od dnia dostarczenia dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 8 do wystąpienia do Państwowej Inspekcji Pracy z wnioskiem o wydanie opinii o przystosowaniu do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy.

#### § 5

Umowa wygasa w przypadku nieprzedstawienia zestawienia poniesionych kosztów podlegających refundacji oraz kopii dowodu ich poniesienia w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

#### § 6

**Niniejsza umowa ulega natychmiastowemu rozwiązaniu pod rygorem zwrotu kosztów refundacji w pełnej wysokości w przypadku:**

1. Nieutworzenia przez pracodawcę nowego stanowiska pracy i nie zatrudnienia osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Urzędzie jako bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu **w terminie do dnia ..... 2018 r.**

2. Zbycia wyposażenia stanowiska pracy.
3. Likwidacji stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej, które objęte zostało refundacją.
4. Nie uzupełnienia nowego stanowiska pracy w maszyny lub urządzenia utracone w wyniku kradzieży lub innych zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych i ekologicznych w terminie 3 miesięcy od daty ujawnienia tego faktu.
5. Zawieszenia i wyrejestrowania prowadzonej działalności.
6. Uniemożliwienia przeprowadzenia kontroli u Pracodawcy.
7. Niespełnienia zapisów wynikających z § 3 niniejszej Umowy.
8. Negatywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowaniu do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy.
9. Wykorzystywania wyposażenia stanowiska oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych na innych stanowiskach niż to wynika z Umowy.

#### § 7

Wszelkie spory powstałe w czasie trwania umowy podlegają rozpatrzeniu przez sąd właściwy dla siedziby Urzędu.

#### § 8

Umowa wygasa po upływie 36 miesięcy zatrudnienia przez pracodawcę osoby niepełnosprawnej na nowym stanowisku pracy.

#### § 9

**W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy:**

1. Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U.2016.2046 z późn. zm.).
2. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej (tekst jedn. Dz. U.2015.93.).
3. Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1)
4. Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2016. 1808 z późn. zm.)
5. Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (tekst jedn. Dz. U.2017.459)

#### § 10

Realizację umowy Starosta powierza Powiatowemu Urzędowi Pracy w Końskich.

#### § 11

Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**§ 12**

Zapoznałam/em się z zapisami zawartej umowy, przyjmuję do realizacji zobowiązania w niej określone i nie wnoszę zastrzeżeń.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej umowie zgodnie z ustawą z 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U.2016.922).

.....  
**Pracodawca - pieczęćka i podpis**

.....  
**Dyrektor Urzędu z upoważnienia  
Starosty - pieczęćka i podpis**

.....  
**Seria i nr dowodu, podpis współmałżonka**

.....  
**Główny Księgowy Urzędu  
- pieczęćka i podpis**

# Wn-W

## Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)

Składający<sup>1</sup>:  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej  
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu  
 A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu  B. Prezes Zarządu Funduszu

Adresat:  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu  B. Prezes Zarządu Funduszu

### A. Dane o wniosku

1. Wniosek <sup>1</sup>		2. Numer akt	3. Data wpływu
<input type="checkbox"/> 1. Zwyczajny	<input type="checkbox"/> 2. Korygujący		____-____-____

### Część I

### B. Dane ewidencyjne składającego

#### B1. Dane ewidencyjne i adres składającego

4. Imię (imiona) i nazwisko składającego				5. NIP	6. PKD
7. Województwo		8. Miejscowość			
9. Kod pocztowy	10. Poczta	11. Ulica		12. Nr domu	13. Nr lokalu
14. Telefon <sup>2</sup>		15. Faks <sup>2</sup>		16. E-mail	

#### B2. Adres do korespondencji

Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1

17. Kod pocztowy	18. Poczta	19. Ulica		20. Nr domu	21. Nr lokalu
22. Telefon <sup>2</sup>		23. Faks <sup>2</sup>		24. E-mail	

#### B3. Dodatkowe informacje

25. Nazwa banku	26. Numer rachunku bankowego
27. Krótki opis dotychczasowej działalności	

### C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy<sup>3</sup>

28. Wnioskowana kwota ogółem	29. Forma zabezpieczenia
------------------------------	--------------------------

### D. Analiza finansowa składającego (1)<sup>4</sup>

Aktywa trwałe i obrotowe		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok		
		30.			31.			32.		
Grunty		30.			31.			32.		
Budynki		33.			34.			35.		
Pozostały rzeczowy majątek (trwały)		36.			37.			38.		
Zapasy		39.			40.			41.		
Środki na rachunku bankowym		42.			43.			44.		
Należności od odbiorców		45.			46.			47.		
Inne (aktywa obrotowe nieuwjęte powyżej)		48.			49.			50.		
Razem		51.			52.			53.		

  

Źródła finansowania aktywów trwałych i obrotowych		Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy			Ostatni rok obrotowy			Bieżący rok		
		54.			55.			56.		
Kapitał własny		54.			55.			56.		
Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty		57.			58.			59.		
Zobowiązania wobec dostawców		60.			61.			62.		
Inne zobowiązania		63.			64.			65.		
Razem		66.			67.			68.		

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.

<sup>2</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>3</sup> Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.

<sup>4</sup> Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu, składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72.

**D. Analiza finansowa składającego (2)**

69. Zobowiązania budżetowe	70. Inne zobowiązania	71. Kwota kredytów bankowych	72. Nazwa banku
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-----------------

**E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

**E1. Charakterystyka stanowiska pracy<sup>5</sup>**

73. Nazwa stanowiska pracy	74. Lokalizacja stanowiska pracy		
75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy	76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego	77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych	78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku

**E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej**

Lp.	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy	Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji	Zmianowość <sup>6</sup>	Liczba osób do obsługi <sup>7</sup>	Wymiar czasu pracy <sup>8</sup>	Koszty wyposażenia stanowiska pracy <sup>9</sup>	Kwota do refundacji
1	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.
2	86.	87.	88.	89.	90.	91.	92.
3	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.
4	100.	101.	102.	103.	104.	105.	106.
5	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.
6	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.

Oświadczam, że<sup>1</sup>:

- posiadam /  nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- zalegam /  nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- toczy się /  nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

Do wniosku załączam:

- aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,
- odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> obrotowe — w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach — roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata<sup>10</sup> wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczony przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,
- aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

121. Data sporządzenia wniosku

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

122. Podpis i pieczęć składającego

**F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych**

123. Data sporządzenia opinii

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

124. Podpis i pieczęć

<sup>5</sup> W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.

<sup>6</sup> W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.

<sup>7</sup> Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.

<sup>8</sup> Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.

<sup>9</sup> Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.

<sup>10</sup> W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy.



# Wn-W

## Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej

Podstawa prawna: Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

Składający:  A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej  
 B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu

Adresat:  A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu  B. Prezes Zarządu Funduszu

### Część II

#### A. Dane ewidencyjne i adres składającego

						1. Numer akt	
2. Pełna nazwa składającego							
3. Kod pocztowy		4. Poczta		5. Ulica		6. Nr domu	7. Nr lokalu
8. Telefon <sup>1</sup>		9. Faks <sup>1</sup>		10. E-mail			

#### B. Dane o wniosku

11. Okres sprawozdawczy		12. Wniosek		13. Numer kolejny wniosku <sup>2</sup>	
1. Miesiąc	2. Rok	<input type="checkbox"/> 1. Zwykły	<input type="checkbox"/> 2. Korygujący		

#### C. Lista osób niepełnosprawnych zatrudnionych na refundowanym stanowisku pracy<sup>3</sup>

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień niepełnosprawności	Wymiar czasu pracy
1	14.	15.	16.
2	17.	18.	19.
3	20.	21.	22.
4	23.	24.	25.
5	26.	27.	28.
6	29.	30.	31.
Razem			32.

#### D. Zestawienie poniesionych kosztów podlegających refundacji

Lp.	Wyposażenie	Numer fabryczny	Numer inwentarzowy	Data dowodu poniesienia kosztu	Numer dowodu poniesienia kosztu	Kwota ogółem	Kwota do refundacji <sup>4</sup>
1	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.
2	40.	41.	42.	43.	44.	45.	46.
3	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.
4	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
5	61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.
6	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.
7	75.	76.	77.	78.	79.	80.	81.
8	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.
9	89.	90.	91.	92.	93.	94.	95.
10	96.	97.	98.	99.	100.	101.	102.
Razem						103.	104.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

105. Data sporządzenia wniosku

106. Podpis i pieczęć składającego

Wn-W (II) 1/1

<sup>1</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>2</sup> Należy wypełnić odrębnie dla każdego stanowiska.

<sup>3</sup> Należy wykazać dane dotyczące osób, których dotyczyła refundacja.

<sup>4</sup> W poz. 104 należy wykazać kwotę udokumentowanych kosztów zakupu lub wytworzenia wyposażenia stanowiska pracy, na którym będzie wykonywać pracę osoba niepełnosprawna, wraz z kwotą niepodlegającego odliczeniu podatku od towarów i usług oraz podatku akcyzowego do wysokości łącznej kwoty refundacji.

**1. Pełna nazwa Wnioskodawcy**

.....  
 .....

**2. Siedziba Wnioskodawcy**

.....  
 .....

**3. Miejsce tworzenia stanowiska pracy**

.....  
 .....

**4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku**

.....  
 telefon.....

**5. Dodatkowe informacje o Wnioskodawcy**

Numer REGON (kserokopia, oryginał do wglądu )	
Numer NIP (kserokopia, oryginał do wglądu )	
Numer PKD	
Aktualna wartość księgowa rzeczowego majątku trwałego	
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT a usługi podlegają opodatkowaniu podatkiem VAT	
Wnioskodawca jest płatnikiem VAT, lecz nie może obniżyć kwoty podatku należnego o podatek naliczony, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa	

**6. Informacje o realizacji obowiązku wpłat na rzecz PFRON**

	<b>1. tak*</b>	<b>2. nie</b>
Czy Wnioskodawca jest zobowiązany do obowiązkowych wpłat na rzecz PFRON		
Podstawa zwolnienia z wpłat na rzecz PFRON		
Numer identyfikacyjny PFRON		

\* należy przedstawić stosowne zaświadczenie o niezaleganiu w płaceniu składek na PFRON.

**7. Informacja o zaciągniętych kredytach bankowych**

Czy wnioskodawca korzysta z kredytów bankowych				1. tak	2. nie
Nazwa banku	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota spłacona	Forma zabezpieczenia
Razem					

**8. Sprawozdanie z zatrudnienia za okres 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy**

Lp.	Miesiąc	Liczba osób		Liczba osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		ogółem	w tym niepełnosprawnych	ogółem	w tym niepełnosprawnych
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
	Średnia z 12 m-cy				
Uzasadnienie zmian kadrowych w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy					

**9. Rodzaj działalności gospodarczej (krótki opis)**

.....

.....

.....

.....

.....

**10. Nazwa i numer konta:**

.....

**11. Opis planowanej inwestycji – krótki opis.**

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

**12. Wysokość wnioskowanej kwoty refundacji:**

.....

**13. Działania podjęte przez Pracodawcę w celu realizacji przedsięwzięcia:**

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

**14. Forma zabezpieczenia**

1. **Weksel z poręczeniem wekslowym (awal);** do wysokości przyznanych środków,
2. **Blokada środków na rachunku bankowym;**
3. **Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich danych uzyskanych przez Starostwo Powiatowe w Końskich, dotyczących mojej osoby, w tym również danych dotyczących informacji opisanych w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), w związku z ubieganiem się o pomoc publiczną w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§ 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....  
czytelny podpis i pieczęć Pracodawcy

## **Załączniki do Wniosku:**

1. Kopia dokumentów poświadczających formę prowadzenia działalności gospodarczej
  - ✓ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej dla osób fizycznych i jednostek nie posiadających osobowości prawnej;
  - ✓ wyciąg z rejestru handlowego i akt notarialny w przypadku osób prawnych;
  - ✓ umowa spółki cywilnej potwierdzona w urzędzie skarbowym;
  - ✓ w szczególnych przypadkach koncesja lub zezwolenie na prowadzenie działalności.
2. Kopia nadania REGON, NIP;
3. Zaświadczenia z ZUS, US oraz Urzędu Gminy o niezaleganiu w opłacaniu składek i w podatkach;
4. Bilans zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe – w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie dwa lata wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego. W przypadku pracodawcy działającego krócej niż dwa lata, przedmiotowe dokumenty za co najmniej 12 miesięcy;
5. Informacja o udzielonej pomocy de minimis oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych;
6. Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych;
7. Dokument potwierdzający prawo do dysponowania nieruchomością, gdzie będzie utworzone nowe stanowisko pracy dla osoby niepełnosprawnej.
8. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

## ***OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS***

1. Niniejszym oświadczam, iż podmiot nie uzyskał\* / uzyskał\* pomoc *de minimis* w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia wniosku w wysokości ..... zł ..... euro.
  
2. Niniejszym oświadczam, iż podmiot nie uzyskał\* / uzyskał\* pomoc *de minimis* w rolnictwie w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa podatkowe lata przed dniem złożenia wniosku w wysokości ..... zł ..... euro.
  
3. Niniejszym oświadczam, iż podmiot nie uzyskał\* / uzyskał\* pomoc *de minimis* w rybołówstwie w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia wniosku w wysokości ..... zł ..... euro.

.....  
/ data i podpis pracodawcy /

\*Należy skreślić niewłaściwą odpowiedź

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)																																		
<b>A. Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis<sup>1)</sup></b>	<b>A1. Informacje dotyczące wspólnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce<sup>2)</sup></b>																																	
1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu <input type="text"/>	1a) Identyfikator podatkowy NIP wspólnika <sup>3)</sup> <input type="text"/>																																	
2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu <input type="text"/>	2a) Imię i nazwisko albo nazwa wspólnika <input type="text"/>																																	
3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu <input type="text"/>	3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wspólnika <input type="text"/>																																	
4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę <sup>4)</sup> (właściwą pozycję zaznaczyć znakiem X)																																		
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Fałków</td> <td>260501 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gowarczów</td> <td>260502 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Końskie – miasto</td> <td>260503 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Końskie – obszar wiejski</td> <td>260503 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radoszyce</td> <td>260504 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ruda Maleniecka</td> <td>260505 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Słupia (Konecka)</td> <td>260506 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Smyków</td> <td>260507 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stąporków – miasto</td> <td>260508 4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stąporków – obszar wiejski</td> <td>260508 5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inny (podać jaki).....</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Fałków	260501 2	<input type="checkbox"/>	Gowarczów	260502 2	<input type="checkbox"/>	Końskie – miasto	260503 4	<input type="checkbox"/>	Końskie – obszar wiejski	260503 5	<input type="checkbox"/>	Radoszyce	260504 2	<input type="checkbox"/>	Ruda Maleniecka	260505 2	<input type="checkbox"/>	Słupia (Konecka)	260506 2	<input type="checkbox"/>	Smyków	260507 2	<input type="checkbox"/>	Stąporków – miasto	260508 4	<input type="checkbox"/>	Stąporków – obszar wiejski	260508 5	<input type="checkbox"/>	Inny (podać jaki).....		<input type="checkbox"/>
Fałków	260501 2	<input type="checkbox"/>																																
Gowarczów	260502 2	<input type="checkbox"/>																																
Końskie – miasto	260503 4	<input type="checkbox"/>																																
Końskie – obszar wiejski	260503 5	<input type="checkbox"/>																																
Radoszyce	260504 2	<input type="checkbox"/>																																
Ruda Maleniecka	260505 2	<input type="checkbox"/>																																
Słupia (Konecka)	260506 2	<input type="checkbox"/>																																
Smyków	260507 2	<input type="checkbox"/>																																
Stąporków – miasto	260508 4	<input type="checkbox"/>																																
Stąporków – obszar wiejski	260508 5	<input type="checkbox"/>																																
Inny (podać jaki).....		<input type="checkbox"/>																																
5) Forma prawna podmiotu <sup>5)</sup>																																		
<input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo państwowe <input type="checkbox"/> jednoosobowa spółka Skarbu Państwa <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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.) <input type="checkbox"/> 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.) <input type="checkbox"/> inna (podać jaka) <input type="text"/>																																		
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) <sup>5)</sup>																																		
<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorca <input type="checkbox"/> mały przedsiębiorca <input type="checkbox"/> średni przedsiębiorca <input type="checkbox"/> inny przedsiębiorca																																		
7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.) <sup>6)</sup>																																		
<input type="text"/>																																		
8) Data utworzenia podmiotu																																		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>																																		

9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami<sup>7)</sup>

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 zę 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 bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanim z podmiotem przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

## 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 przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

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

a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot<sup>8)</sup>

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 podziałem<sup>8)</sup>

– 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<sup>9)</sup>



- 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-<sup>10)</sup>?  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 produkcji<sup>11)</sup>?  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 rybołówstwa i akwakultury<sup>12)</sup>?  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 pojazdów wykorzystywanych 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 rachunkowa<sup>13)</sup> uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?  tak  nie  
 nie dotyczy



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

Stanowisko służbowe

Numer telefonu

Data i podpis

- 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 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 wyłącznie 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 (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika 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 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.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowej [http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie\\_sprawozdan\\_z\\_wykorzystaniem\\_aplikacji\\_shrimp.php](http://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 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, 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 2012 r. poz. 657, z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli 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).
- 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 określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 360, 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.

Załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów  
z dnia 24 października 2014 r. (poz. 1543) Załącznik nr 1