

## DODATKOWE INFORMACJE DO WNIOSKU Wn-W

Podstawa Prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011 r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
4. Rozporządzenie 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.
5. Rozporządzenie 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.
6. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowanie art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

### UWAGA:

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku o refundację, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Prosimy o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na postawione pytania. Tylko wtedy będziemy mogli prawidłowo ocenić Państwa przedsięwzięcie i pomóc w jego realizacji.
3. Wniosek o refundację należy wypełnić czytelnie.
4. Wniosek o refundację może być złożony w PUP w Wąbrzeźnie jeżeli miejsce wykonywania pracy przez skierowanego(ych) niepełnosprawnego(ych) znajduje się na terenie Wąbrzeźna lub Powiatu Wąbrzeskiego, a osoba skierowana jest zameldowana na pobyt stały lub czasowy w Powiecie Wąbrzeskim.
5. Złożony wniosek o refundację wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
6. Refundacja może być przyznawana jako pomoc de minimis spełniająca warunki określone 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) albo w rozporządzeniu nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) albo we właściwych przepisach Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
7. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku o refundację Starosta Wąbrzeski powiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, a w przypadku nieuwzględnienia wniosku podaje przyczynę odmowy. Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji. W razie negatywnego rozpatrzenia wniosku wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie.
8. Podstawą refundacji jest umowa zawarta na piśmie pod rygorem nieważności przez Starostę Wąbrzeskiego z wnioskodawcą, która zawiera w szczególności zobowiązanie wnioskodawcy do:
  - 1) zatrudnienia przez okres co najmniej 36 miesięcy na podstawie umowy o pracę na pełen etat zgodnie z normami czasu pracy określonymi w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych skierowaną przez Urząd osobę niepełnosprawną, bezrobotną albo poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu,
  - 2) poniesienia kosztów na wyposażenie stanowiska pracy przystosowanego do potrzeb osoby niepełnosprawnej i udokumentowania tychże wydatków,
  - 3) udokumentowania realizacji umowy na wezwanie Urzędu,
  - 4) uzyskania pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy odpowiednio o przystosowaniu do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy lub o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na tym stanowisku,

- 5) złożenia rozliczenia zawierającego zestawienie kwot wydatkowanych od dnia zawarcia umowy o refundację na poszczególne wydatki ujęte w specyfikacji wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy,
- 6) umożliwienia wykonania przez Urząd co najmniej jednokrotnego zweryfikowania prawidłowości realizacji warunków umowy przez wnioskodawcę,
- 7) 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 Wąbrzeskiego do zapłaty lub ujawnienia naruszenia co najmniej jednego z warunków umowy,
- 8) zabezpieczenia zwrotu kwoty refundacji – w formie poręczenia, weksla z poręczeniem wekslowym (awal), gwarancji bankowej, zastawu na prawach lub rzeczach, blokady rachunku bankowego lub aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika,
- 9) informowania o wszelkich zmianach dotyczących realizacji umowy w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.

9. Jeżeli okres zatrudnienia osoby niepełnosprawnej będzie krótszy niż 36 miesięcy, pracodawca jest obowiązany zwrócić PFRON za pośrednictwem Starosty Wąbrzeskiego środki w wysokości równej 1/36 ogólnej kwoty zwrotu za każdy miesiąc brakujący do upływu okresu 36 miesięcy zatrudnienia, 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.

10. Pracodawca nie zwraca środków, o których mowa w pkt 9, jeżeli zatrudni w terminie 3 miesięcy od dnia rozwiązania stosunku pracy z osobą niepełnosprawną inną osobę niepełnosprawną, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wąbrzeźnie jako bezrobotna lub poszukująca pracy i niepozostającą w zatrudnieniu, przy czym wynikająca z tego powodu przerwa nie jest wliczana do okresu 36 miesięcy zatrudnienia.

11. Refundacja jest dokonywana:

- 1) po zatrudnieniu skierowanej osoby niepełnosprawnej i złożeniu dokumentów potwierdzających zatrudnienie,
- 2) po przedłożeniu przez pracodawcę zestawienia poniesionych kosztów podlegających refundacji od dnia zawarcia umowy o refundację oraz kopii dowodów ich poniesienia,
- 3) po złożeniu orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność skierowanej osoby niepełnosprawnej,
- 4) po stwierdzeniu utworzenia stanowiska pracy i jego wyposażenia (wizytacja w miejscu pracy),
- 5) po wydaniu pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy, odpowiednio o przystosowaniu do potrzeb wynikających z niepełnosprawności osoby zatrudnionej na wyposażonym stanowisku pracy lub o spełnieniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy na tym stanowisku,
- 6) w kwocie brutto (jeśli pracodawca nie jest płatnikiem VAT) lub netto (jeśli pracodawca jest płatnikiem VAT).

### **Przyjmuję do wiadomości, że:**

Wniosek może być uwzględniony przez Starostę Wąbrzeskiego, gdy:

- 1) refundacja łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzielona w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy;
- 2) wnioskodawca złożył kompletny i prawidłowo sporządzony wniosek, a Starosta Wąbrzeski dysponuje środkami na jego sfinansowanie.

.....  
data, podpis i pieczęćka Wnioskodawcy  
lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy



- inne przyczyny (podać liczbę pracowników, z którymi rozwiązano umowy, przyczynę rozwiązania, nazwę stanowiska .....  
.....  
.....

17. Liczba pracowników, którym obniżono wymiar czasu pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku .....

**Uwaga! Działalność musi być prowadzona przez podmiot przez okres co najmniej 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku nie mogło nastąpić rozwiązanie stosunku pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonany przez podmiot bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników.**

## II. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych niepełnosprawnych: .....

2. Stanowiska przewidziane dla skierowanych niepełnosprawnych (kod zawodu i nazwa stanowiska pracy zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności) :

a) .....

b) .....

c) .....

3. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych niepełnosprawnych na wskazanych stanowiskach pracy:

a) .....

b) .....

c) .....

4. Wymagane kwalifikacje, wykształcenie, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni posiadać skierowani niepełnosprawni:

a) .....

b) .....

c) .....

5. Inwestycje w rozwój zawodowy skierowanych niepełnosprawnych (kursy, szkolenia):

a) .....

b) .....

c) .....

6. Miejsce zatrudnienia skierowanych niepełnosprawnych:

a) .....

b) .....

c) .....

7. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP Wąbrzeźno:

Imię i nazwisko .....

Stanowisko .....

Telefon kontaktowy .....

\*niepotrzebne skreślić

**(ODDZIELNIE DLA KAŻDEGO STANOWISKA)**

8. Całkowita kalkulacja wydatków (z podaniem parametrów technicznych) na wyposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania (wartość brutto):

Nazwa stanowiska.....

L.p.	WYSZCZEGÓLNIENIE RODZAJU WYDATKÓW <u>(w tym parametry techniczne)</u>	ŹRÓDŁA FINANSOWANIA		PLANOWANY ZAKUP STANOWI RZECZ NOWĄ/UŻYWANĄ
		ŚRODKI WŁASNE	ŚRODKI PFRON	
	REFUNDACJA - ZAKUPY WYSZCZEGÓLNIONE W TABELI 8	---		
	ZAKUPY FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH:	---	---	
1.			---	
2.			---	
3.			---	
4.			---	
5.			---	
6.			---	
7.			---	
8.			---	
9.			---	
10.			---	
11.			---	
12.			---	
13.			---	
14.			---	
15.			---	
<b>OGÓLEM</b>				

**UWAGA!**

Refundacji nie podlegają koszty poniesione przez Wnioskodawcę przed dniem zawarcia umowy o refundację kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.

**(ODDZIELNIE DLA KAŻDEGO STANOWISKA)**

9. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia stanowiska pracy **w ramach wnioskowanych środków** (z podaniem parametrów technicznych), w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn. **Wnioski bez podania parametrów technicznych nie będą rozpatrywane.**

Nazwa stanowiska.....

L.p.	WYSZCZEGÓLNIENIE ZAKUPÓW (w tym parametry techniczne)	SZT.	WARTOŚĆ BRUTTO	PLANOWANY TERMIN ZAKUP
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
<b>OGÓLEM:</b>				

8. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji\*\* :

- |  |  |
|--|--|
| a) weksel z poręczeniem wekslowym (aval) | d) poręczenie  |
| b) zastaw na prawach lub rzeczach        | e) gwarancja bankowa   |
| c) blokada rachunku bankowego            | f) akt notarialny o poddaniu się egzekucji<br>przez dłużnika |

.....  
data, podpis i pieczęta Wnioskodawcy  
lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić    \*\*właściwe zaznaczyć

# OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że :

## I. CZĘŚĆ DOTYCZĄCA WSZYSTKICH WNIOSKODAWCÓW

1. Zapoznałem się z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r. w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej oraz **spełniam/nie spełniam\*** warunki(ów) do ubiegania się o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej w myśl ww. rozporządzenia.
2. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku:
  - **obniżyłem / nie obniżyłem\*\*** wymiaru czasu pracy pracownika
  - **rozwiązałem / nie rozwiązałem\*\*** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonane przeze mnie bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji **dokonom / nie dokonam\*\*** obniżenia wymiaru czasu pracy i/lub zwolnień, o których mowa wyżej.
3. **Prowadzę / nie prowadzę\*\*** działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
4. **Zalegam / nie zalegam\*\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
5. **Zalegam / nie zalegam\*\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
6. **Zalegam / nie zalegam\*\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem składek do ZUS oraz podatku do US.
7. **Posiadam / nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
8. **Byłem / nie byłem\*\*** karany/a w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r.o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
9. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem /nie zostałem\*\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty/a postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
10. Zatrudnię na wyposażonym stanowisku pracy osobę niepełnosprawną przez okres co najmniej 36 miesięcy;
11. Utrzymam utworzone, w związku z przyznaną refundacją, stanowisko pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy;
12. **Jestem / nie jestem\*** płatnikiem podatku VAT;
13. Zapoznałem się i w pełni akceptuję zasady przyznawania zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej ze środków PFRON w 2024r. obowiązujące w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wąbrzeźnie.

## II. CZĘŚĆ DODATKOWA DOTYCZĄCA PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ \*

dotyczy Wnioskodawcy

nie dotyczy Wnioskodawcy

1. Prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
2. **Spełniam / nie spełniam / nie dotyczy\*** warunki(-ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).
3. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc(-y) de minimis w roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających go lat.
4. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc(-y) de minimis w rolnictwie/rybołówstwie w roku bieżącym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat.
5. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc(-y) de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą de minimis.
6. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** innej pomoc(-y) niż de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.

**Do wniosku dodatkowo załączam:**

1. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.
2. Oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez podmiot w roku podatkowym, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat..
3. Formularz informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis / formularz informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – jeśli dotyczy.
4. Dokument poświadczający formę prawną [np. odpis z KRS / uchwała / statut / umowa spółki / wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (w przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć ilość wpisów z CEIDG w ilości odpowiadającej liczbie wspólników)] – kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę (nie dotyczy wpisów z CEIDG).

**Wnioskodawca:**

- 1) Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie/nas w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.
- 2) Przyjmuje do wiadomości, że w przypadku podania nieprawdziwych danych:
  - a) we wniosku lub informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis – Starosta Wąbrzeski odmówi przyznania środków z PFRON na wyposażenie stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej,
  - b) w oparciu, o które została przyznana refundacja – Starosta Wąbrzeski będzie żądać zwrotu otrzymanej przez wnioskodawcę refundacji w całości wraz z odsetkami naliczonymi od dnia jej otrzymania w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych,
- 3) Przyjmuje do wiadomości, że zobowiązany jest do należytego zabezpieczenia, przechowywania i udostępniania Urzędowi oraz instytucjom krajowym upoważnionym do kontroli, wszelkich dokumentów związanych z realizacją umowy przez okres co najmniej 10 lat, od dnia przyznania pomocy de minimis.
- 4) Przyjmuje do wiadomości, że w trakcie wizytacji przeprowadzonej przez pracownika PUP u wnioskodawcy istnieje możliwość zrobienia dokumentacji fotograficznej zakupionego stanowiska pracy i wyraża na to zgodę.
- 5) Przyjmuje do wiadomości, że zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 2 lit. g ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych zarząd jednostki samorządu terytorialnego w drodze obwieszczenia podaje do publicznej wiadomości informację obejmującą wykaz osób prawnych i fizycznych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, którym udzielono pomocy publicznej.

.....

data, podpis i pieczętka Wnioskodawcy  
lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy





IV. Informacje dotyczące postępowania z ofertą		
28. Okres aktualności oferty od ..... do .....	29. Czy oferta jest zgłoszona do innego PUP: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	30. Czy oferta ma zostać upowszechniona w systemie otwartym (umożliwiającym identyfikację pracodawcy): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
31. Częstotliwość kontaktów PUP z pracodawcą <input type="checkbox"/> co najmniej raz na 3 dni <input type="checkbox"/> inna .....	32. Czy należy upowszechnić ofertę w innych PUP <input type="checkbox"/> tak (w którym) ..... <input type="checkbox"/> nie	33. Czy oferta ma być upowszechniona w państwach UE/EOG <input type="checkbox"/> tak (w których) ..... <input type="checkbox"/> nie
34. Dodatkowe informacje przydatne do realizacji oferty .....		

.....  
Miejscowość i data

.....  
data, podpis i pieczęćka Wnioskodawcy  
lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy

\*/\*\*/ niepotrzebne skreślić

VI. Adnotacje urzędu pracy			
35. Data przyjęcia .....	36. Numer oferty .....	37. Okres upowszechnienia oferty od.....do.....	38. Data wycofania oferty .....
39. Oferta pracy: - zawiera dane wymagane: <input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie..... - przyjęta do realizacji: <input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie..... - przekazana do upowszechnienia w innych PUP: <input type="checkbox"/> tak / <input type="checkbox"/> nie.....			
40. Podpis pośrednika pracy .....			

.....  
(pieczęć pracodawcy)

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że

1. w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych poprzedzających złożenie wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej:

- otrzymałem / nie otrzymałem\* środki stanowiące pomoc publiczną de minimis;
- otrzymałem / nie otrzymałem\* środki stanowiące pomoc publiczną de minimis w rolnictwie;
- otrzymałem / nie otrzymałem\* środki stanowiące pomoc de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie;

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

L.p.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
<b>Łącznie</b>					_____

2. otrzymałem / nie otrzymałem\* pomoc(-y) publiczną(-ej) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.

.....  
data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy  
lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy

\* niepotrzebna skreślić