#### CAZ logo achromatyczne1

#### logo-KFS-pole ochronne.jpgDnia ...........................

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

 (pieczęć Pracodawcy)

 **Starosta Kartuski -**

**- Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach**

### **WNIOSEK**

**o** **przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

*składany na podstawie art. 69a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r**. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego*

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Nazwa Pracodawcy (zgodnie z dokumentem rejestrowym) ………………………………………………………...........
2. Adres siedziby ..
3. Miejsce prowadzenia działalności .
4. Adres do doręczeń ………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer REGON:** | **Numer NIP:** | **Numer PKD[[1]](#footnote-1)** | **Numer PKD[[2]](#footnote-2)** |
|  |  |  |  |

1. Przeważający rodzaj działalności wg podanego PKD: .
2. Osoba wskazana do kontaktów z Urzędem (imię i nazwisko) .

telefon ……………………………………… e-mail .

1. Zgoda na prowadzenie korespondencji drogą elektroniczną (*właściwe należy zaznaczyć* ***x***)

 **TAK ☐ NIE ☐**

**(***w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę o wypełnienie Załącznika nr 5 do WNIOSKU***)**

1. Numer konta rachunku bankowego wnioskodawcy:

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

1. Liczba zatrudnionych\* pracowników (wg stanu na dzień składania wniosku): …..….…. osób, tj. ….……etatów
2. Forma prawna prowadzonej działalności: (proszę zaznaczyć X w odpowiedniej pozycji)

|  |  |
| --- | --- |
| Przedsiębiorstwo państwowe |  |
| Jednoosobowa spółka Skarbu Państwa |  |
| Jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej |  |
| 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 uprawnienie takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów  |  |
| Jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych |  |
| Inna forma prawna (wpisać jaka?) ………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |

1. Wielkość przedsiębiorstwa (proszę zaznaczyć X w odpowiedniej pozycji)

|  |  |
| --- | --- |
| **Mikroprzedsiębiorstwo\*\*** - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR |  |
| **Małe przedsiębiorstwo\*\*** – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR  |  |
| **Średnie przedsiębiorstwo\*\***– przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR |  |
| Inne przedsiębiorstwo |  |

\*( zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą)

\*\*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, Wyjaśnienia zamieszczono w Części V pkt 10 wniosku

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZAJU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO w 2024 r.

ORAZ INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA

**Pracodawca wypełnia wniosek wyłącznie na JEDNO kształcenie ustawiczne, w przypadku kursów pracodawca wypełnia wniosek łącznie na kurs i egzamin (jeśli po ukończeniu kursu to egzamin umożliwia uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wyszczególnienie** | **Liczba osób przewidziana do kształcenia ustawicznego** |
| Pracodawca | Pracownicy |
| Ogółem liczba pracowników | w tym kobiety |
| **Według rodzaju kształcenia ustawicznego** |
| 1 | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |
| 2 | Kursy |  |  |  |
| 3 | Studia podyplomowe |  |  |  |
| 4 | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| 5 | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| 6 | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem  |  |  |  |
| **Według priorytetów wydatkowania środków KFS na rok 2024** |
| 1 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. |  |  |  |
| 2 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych. |  |  |  |
| 3 | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych. |  |  |  |
| 4 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych. |  |  |  |
| 5 | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej. |  |  |  |
| 6 | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia. |  |  |  |
| 7 | Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców. |  |  |  |
| 8 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach. |  |  |  |
| **Według grup wiekowych** |
| 1 | 15-24 lata |  |  |  |
| 2 | 25-34 lata |  |  |  |
| 3 | 35-44 lata  |  |  |  |
| 4 | 45 lat i więcej |  |  |  |
| **Według wykształcenia** |
| 1 | Wyższe |  |  |  |
| 2 | Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| 3 | Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| 4 | Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| 5 | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| **Praca w szczególnych warunkach\*** |
| 1 | Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze\* |  |  |  |
|  | **w tym** osoby mogące udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub pracy w szczególnym charakterze, którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |  |  |  |
| **Łączna ilość osób** |
|  | **RAZEM** |  |  |  |

\*osoby wykonujące pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze określone w art. 3 ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych

 **iiI.** **Informacje dotyczące wydatków na kształcenie ustawiczne:**

**UWAGA! Wniosek należy wypełnić wyłącznie na JEDNO kształcenie ustawiczne (np. na jeden kurs dla kilku uczestników).**

|  |
| --- |
| **Nazwa kursu/egzaminu/studiów podyplomowych/badań/ubezpieczenia:**………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………. |
| **Planowany termin realizacji kształcenia:** (nie wcześniej niż 2 miesiące od dnia złożenia wniosku) | Data od | Data do |
|  |  |
| **KOSZTY KSZTAŁCENIA** |
| **Całkowita wartość planowanych wydatków związanych z kształceniem ustawicznym:** |
| **Kwota brutto\*** |  |
| **Kwota netto\*** |  |
| **Kwota całkowita wnioskowana z KFS\*\*** |  |
| **Kwota wkładu własnego pracodawcy\*\*\*** |  |
| **Koszt kształcenia na jednego uczestnika**  |  |

***Uwaga:***

\* Kwoty powinny być wskazane w wartości brutto lub netto w zależności od oświadczenia założonego na załączniku nr 2 do wniosku. Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c) ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust. 1 pkt 14) rozporządzenia Ministra Finansów z 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień kursy dofinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych podlegają zwolnieniu z podatku VAT. W przypadku gdy usługa kształcenia zawodowego będzie zawierać podatek VAT, a Pracodawca może korzystać z uprawnienia związanego z obniżeniem podatku należnego o kwotę podatku naliczonego z tytułu wydatków zawiązanych z kształceniem ustawicznym lub prawa do zwrotu podatku naliczonego to wydatki będą rozliczane w kwocie netto. W przeciwnym przypadku do rozliczenia przyjmuje się kwoty brutto

\*\* wnioskowana kwota nie może przekroczyć 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika

\*\*\* Starosta może przyznać środki KFS w wysokości 80% kosztów – zatem Pracodawca zobowiązany jest do wniesienia minimum wkładu własnego w wysokości 20% całkowitych kosztów (wyjątek stanowią Pracodawcy będący mikroprzedsiębiorcami – w tym przypadku finansowanie kształcenia ustawicznego może wynieść 100% kosztów)

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawca nie uwzględnia innych kosztów, które ponosi w związku
z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku
z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. Wnioskowana wysokość środków KFS nie może uwzględniać kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem, a także zakupu urządzeń, narzędzi, maszyn, programów!!!.

..……………………………………

 podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy

**iV. uzasadnienie wniosku:**

 1. W celu uzasadnienia odbycia wskazanego rodzaju i tematu kształcenia dla każdego pracownika i/lub pracodawcy należy wypełnić poniższą tabelę.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię uczestnika oraz PESEL** | **Wykształcenie** | **Umowa o pracę i okres obowiązywania umowy(od…do…)** | **Zajmowane stanowisko**  | **wykonywany zawód/kod zawodu\*** | **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy** | **Priorytet (1,2,3,4,5, lub 6) oraz uzasadnienie do wskazanego priorytetu wydatkowania środków KFS** | **Informacje****o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym**(w przypadku gdy uczestnikiem jest pracodawca -plany co do działania firmy w przyszłości. |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  | Imię:………………Nazwisko:…………PESEL:……………Osoba Współpracująca\*\*:Tak ☐Nie ☐Osoba przebywa na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym lub bezpłatnymTak ☐Nie ☐ |  | Wymiar etatu:Okres umowy: oddo |  | Wykonywany zawód:Kod zawodu: |  | Priorytet nr:Uzasadnienie: |  |
|  | Imię:………………Nazwisko:…………PESEL:……………Osoba Współpracująca\*\*:Tak ☐Nie ☐Osoba przebywa na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym lub bezpłatnymTak ☐Nie ☐ |  | Wymiar etatu:Okres umowy: oddo |  | Wykonywany zawód:Kod zawodu: |  | Priorytet nr:Uzasadnienie: |  |
|  | Imię:………………Nazwisko:…………PESEL:……………Osoba Współpracująca\*\*:Tak ☐Nie ☐Osoba przebywa na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym lub bezpłatnymTak ☐Nie ☐ |  | Wymiar etatu:Okres umowy: oddo |  | Wykonywany zawód:Kod zawodu: |  | Priorytet nr:Uzasadnienie: |  |

\* zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności wprowadzoną rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku i pracy oraz zakresu jej stosowania

\*\* Pracownikiem nie jest osoba współpracująca. Definicję osoby współpracującej określa art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka, dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności. O statusie osoby współpracującej, w zakresie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, decyduje współpraca przy prowadzeniu działalności gospodarczej, ścisła więź rodzinna z osobą prowadzącą tę działalność oraz prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego.

……………………………………

 /podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

**2. Dane dotyczące wybranego realizatora kształcenia ustawicznego oraz uzasadnienie wyboru:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa i siedziba wybranego realizatora kształcenia |  |
| **2** | Cena usługi kształcenia na jednego uczestnika | ………………………………. złotych brutto\*………………………………. złotych netto\* | Liczba godzin |
|  |
| **3** | Cena usługi kształcenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku na jednego uczestnika | Cena takich usług u innych realizatorów kształcenia:  | Liczba godzin |
| 1.Nazwa kursu: …………………………………Nazwa realizatora kształcenia: …………………………………………… Cena netto:……………..Cena brutto:…………….  |  |
| 2.Nazwa kursu: …………………………………Nazwa realizatora kształcenia: …………………………………………… Cena netto:……………..Cena brutto:…………….  |  |
| **4** | Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia  |  |
| **5** | Oświadczenie Pracodawcy dot. realizatora  | W związku z dokonaniem wyboru wskazanego realizatora kształcenia oświadczam, że ………………….………………… (jestem*/nie jestem – proszę wpisać właściwą odpowiedź*) powiązany z realizatorem kapitałowo lub/i osobowo\*\* Dodatkowe wyjaśnienia: …………………………………………………..………………………………………………………………………………. |

\*Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c) ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust. 1 pkt 14) rozporządzenia Ministra Finansów z 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień kursy dofinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych podlegają zwolnieniu z podatku VAT.

\*\*Nie jest możliwe przyznanie środków KFS na realizację kształcenia u realizatora, z którym Pracodawca jest powiązany kapitałowo lub osobowo. Przez powiazanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy polegające w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
	2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
	3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
	4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

##### **V. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

(pkt 6, 7, 8, 9, 10 wypełniają tylko Pracodawcy prowadzący działalność gospodarczą – Pozostali Pracodawcy w tych punktach wpisują ”nie dotyczy”)

W związku z ubieganiem się o przyznanie środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego oświadczam, że:

1. **………………….…………………** (***zalegam / nie zalegam – proszę wpisać właściwą odpowiedź***) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **………………….…………………** (***zalegam / nie zalegam – proszę wpisać właściwą odpowiedź)*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. Znam i **………………….…………………** (***spełniam / nie spełniam – proszę wpisać właściwą odpowiedź)*** warunki, o których mowa w *Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,*
4. **………………….…………………** (***prowadzę / nie prowadzę – proszę wpisać właściwą odpowiedź)*** działalność(ci) gospodarczą(ej) w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
5. Oświadczam, że miejscem wykonywania pracy wszystkich pracowników wskazanych do objęcia dofinansowaniem w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest powiat kartuski.

 **□ TAK / □ NIE / □ NIE DOTYCZY** –(w przypadku kształcenia jedynie dla Pracodawcy)

1. Oświadczam, że ……………………….(**otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am) – proszę wpisać właściwą odpowiedź**) 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.
2. **Zobowiązuję** się do poinformowania PUP w Kartuzach o uzyskaniu pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Kartuzach otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
3. **Wnioskowana pomoc dotyczy** (proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi):
4. pomocy w sektorze rolnictwa □ TAK □ NIE
5. pomocy w sektorze rybołówstwa □ TAK □ NIE
6. pomocy w pozostałych sektorach □ TAK □ NIE
7. Jestem świadomy ograniczeń w ubieganiu się o pomoc publiczną wynikających z Artykułu 1 *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;*
8. **………………….…………………** (***jestem/ nie jestem – proszę wpisać właściwą odpowiedź***) **mikroprzedsiębiorcą** w rozumieniu Załącznika 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;

Mikroprzedsiębiorcą jest przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Zgodnie z treścią Załącznika **liczba personelu** odpowiada liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób które pracowały w niepełnym wymiarze godzin bez względu na długość zatrudnienia lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa. **W skład personelu wchodzą**: pracownicy, osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego, właściciele-kierownicy, partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe. Praktykanci lub studenci odbywający szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym nie wchodzą w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego. Do określenia liczby personelu i kwot finansowych wykorzystuje się dane odnoszące się **do ostatniego zatwierdzonego okresu obrachunkowego** i obliczane są w skali rocznej.

1. Oświadczam, że **pracownicy pisemnie** **wyrazili zgodę na przekazanie oraz przetwarzanie swoich danych osobowych** przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach w celu rozpatrzenia wniosku oraz ewentualnej realizacji umowy jaka może zostać zawarta pomiędzy pracodawcą, a Urzędem. Oświadczenia przechowywane są przez Pracodawcę. Wzór takiego oświadczenia jest udostępniony na stronie Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach w zakładce: Dla Pracodawców i Przedsiębiorców/ Dokumenty. Pracodawca zobowiązany jest do przedstawienia ww. oświadczeń do wglądu, na każde wezwanie Urzędu.
2. ……………………………….. (***ubiegam się/ nie ubiegam się – proszę wpisać właściwą odpowiedź)*** o środki KFS na kształcenie ustawiczne tych samych pracowników w innym powiatowym urzędzie pracy.
3. **………………………………….....(jestem/ nie jestem - proszę wpisać właściwą odpowiedź)** objęty/a sankcjami nałożonymi w związku z agresją Rosji na Ukrainę\*\*
4. **……………………………………...(jestem/ nie jestem - proszę wpisać właściwą odpowiedź)** powiązany z osobami objętymi sankcjami w związku z agresją Rosji na Ukrainę\*\*
5. **……………………………………….(jestem/ nie jestem - proszę wpisać właściwą odpowiedź)** powiązany z osobami prawnymi, podmiotami lub organami z siedzibą w Rosji, które
w ponad 50% są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną Rosji.
6. **Poniższe oświadczenie wypełniają jedynie wnioskodawcy wskazujący priorytety nr 3 lub nr 7:**
7. **DOTYCZY PRIORYTETU NR 3 –**
* oświadczam, że wskazany/ni uczestnik/cy kształcenia ustawicznego w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie powrócił/powrócili na rynek pracy po przewie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

 **□ tak / □ nie\***

**i/lub**

* oświadczam, że wskazany/ni uczestnik/cy kształcenia ustawicznego to osoba/y, które mają na utrzymaniu rodziny 3+ bądź są członkami takich rodzin (uczestnicy na dzień złożenia wniosku posiadają Kartę Dużej Rodziny bądź spełniają warunki jej posiadania).

 **□ tak / □ nie\***

**(Prawo do posiadania Karty przysługuje członkowi rodziny wielodzietnej, przez którą rozumie się rodzinę, w której rodzic (rodzice) lub małżonek rodzica mają lub mieli na utrzymaniu łącznie co najmniej troje dzieci bez względu na ich wiek**)

1. **DOTYCZY PRIORYTETU NR 7 –**

oświadczam, że zatrudniam pracowników cudzoziemskich.

 **□ tak / □ nie\***

1. Zapoznałem/am się z „*Zasadami finansowania kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kartuzach*” wprowadzonymi Zarządzeniem nr 1/2024 Dyrektora PUP w Kartuzach z dnia 17.01.2024 r. Zasady dostępne są na stronie <https://kartuzy.praca.gov.pl/>

**\*** **Szczegółowe informacje dotyczące priorytetów wydatkowania (KFS) i ich stosowania zostały szerzej opisane w Załączniku nr 1 do niniejszych zasad tj. „Broszura informacyjna skierowana do pracodawców dotycząca priorytetów wydatkowania środków KFS”.**

**\*\*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 sytuacja na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;**

**4) w załączniku nr 4 oraz art. 5l Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.**

**UWAGA**

**Pracodawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku w dniu jego złożenia.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach** **potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem.**

|  |
| --- |
| pieczęć zakładu pracy |

………………………….…………………………

(podpis i imienna pieczątka pracodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych, **która *dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej*** *Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach pod adresem (**<http://pup.kartuzy.ibip.pl> w zakładce Ochrona danych osobowych/Klauzula informacyjna - Pracodawcy)* **oraz w siedzibie Urzędu**.

………………………….…………………………

(podpis i imienna pieczątka pracodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)

wersja\_17.01.2024 r.

**ZAŁĄCZNIKI oraz DOKUMENTY składane razem z wnioskiem:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik nr 1** | **Oświadczenie o otrzymanej *pomocy de minimis.*** |
| **Załącznik nr 2** | **Oświadczenie dotyczące podatku VAT** |
| **Załącznik nr 3**  | **Oferta usługi kształcenia ustawicznego, wraz z programem kursu/ programem studiów /zakresem egzaminu lub badań, ubezpieczenia** |
| **Załącznik nr 4** | [**Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**](http://www.pup.kartuzy.pl/pliki/D20100311.pdf)W zależności od odpowiedzi wskazanej w pkt 8 Oświadczenia Pracodawcy (część V wniosku) należy złożyć odpowiedni druk załącznika:* w przypadku wskazania odpowiedzi TAK w pkt 8 lit c) - Formularz stanowi załącznik do *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.*
* w przypadku wskazania odpowiedzi TAK w pkt 8 lit a) lub b) - Formularz stanowi załącznik do *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie zakresu informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.*
 |
| **Załącznik nr 5** | **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną – opcjonalnie** |
| **Dokumenty dotyczące Pracodawcy** | 1. **Dokument poświadczający formę prawną Pracodawcy**

w zależności od formy prawnej Pracodawcy proszę o załączenie:1. wydruku ze strony internetowej CEIDG (https://prod.ceidg.gov.pl) potwierdzającego wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
2. wpisu do rejestru sądowego lub innego rejestru
3. w przypadku spółek cywilnych - umowę spółki;
4. inny dokument – np. powołania instytucji itp.
5. **Pełnomocnictwo – w przypadku podpisywania wniosku przez Pełnomocnika**

**KOPIE DOKUMENTÓW POWINNY ZOSTAĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM** |
| **Dokumenty dotyczące wybranego realizatora kształcenia** | 1. ważne certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia – w przypadku posiadania przez realizatora owych certyfikatów jakości
2. dokument, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego
3. **wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wystawiony przez realizatora usługi po zakończeniu kształcenia (tj. zaświadczenie, certyfikat, dyplom, itp.)**
 |
| **Dokumenty dotyczące priorytetu nr 1**  | Wiarygodny dokument potwierdzający **np. kopie dokumentów zakupu nowych maszyn / narzędzi / technologii / systemów, decyzji dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO** lub oświadczenie, że **w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po złożeniu wniosku** zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy, a osoba/y objęte kształceniem ustawicznym w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych/na stanowisku pracy korzysta/ją lub będzie/będą korzystała/ły z nowych procesów, technologii i narzędzi pracy |

**UWAGA: NIEDOŁĄCZENIE ZAŁĄCZNIKÓW NR 1,3,4,** **KOPII DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO OZNACZENIE FORMY PRAWNEJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI (W PRZYPADKU BRAKU WPISU DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO LUB CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ) ORAZ WZORU DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO KOMPETENCJE NABYTE PRZEZ UCZESTNIKÓW WYSTAWIONY PRZEZ REALIZATORA USŁUGI PO ZAKOŃCZENIU KSZTAŁCENIA, A TAKŻE NIE WSKAZANIE W ZAŁĄCZNIKU NR 3 PROGRAMU KURSU/STUDIÓW**

 **POWODUJE POZOSTAWIENIE WNIOSKU BEZ ROZPATRZENIA**

**Załącznik nr 1 do WNIOSKU**

**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 minimis1.**

**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 pomocy2 | Dzień udzielenia pomocy3(dzień-miesiąc-rok) | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy4 | Wartość pomocy brutto5 |
| w PLN | w EUR6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem pomoc *de minimis* |  |  |

1 Pomoc *de minimis* w rozumieniu Artykułu 3 oraz Artykułu 6 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 przyznaną **JEDNEMU PRZEDSIĘBIORSTWU**\* w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych, 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 PRZEDSIEBIORSTWO** oznacza wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

1. jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
2. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
3. 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;
4. jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)–d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych 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 spółką cywilna, powyższe Oświadczenie, tj. Załącznik nr 1 do wniosku, należy złożyć dla spółki cywilnej, a także dla każdego ze Wspólników z osobna.**

*.................................................. .....................................................................................*

 (data i miejscowość) (czytelny podpis Wnioskodawcy i pieczęć)

**Załącznik nr 2 do WNIOSKU**

……………………………………………

Pieczęć Pracodawcy

 Miejscowość, data...............................................................

##### **OŚWIADCZENIE**

 W związku ze składanym wnioskiem o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców oświadczam, że:

1. …………………….. (**jestem/nie jestem – proszę wpisać właściwą odpowiedź**) czynnym podatnikiem podatku VAT
2. koszty wskazane w III części wniosku – INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE (kwota wnioskowana z KFS) …………………………… (**będą zawierać/nie będą zawierać – proszę wpisać właściwą odpowiedź**) podatek/ku VAT
3. …………………….. (**będę/nie będę – proszę wpisać właściwą odpowiedź**) korzystać z uprawnienia związanego z obniżeniem podatku należnego o kwotę podatku naliczonego z tytułu wydatków związanych ze szkoleniem w ramach KFS lub prawo do zwrotu podatku naliczonego

**Wiarygodność informacji podanych w oświadczeniu potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ........................................................................... (podpis i imienna pieczątka pracodawcy lub osoby  uprawnionej do reprezentowania pracodawcy) |

 **Załącznik nr 3 do WNIOSKU**

**……………………………………………..**

Pieczęć realizatora kształcenia

|  |
| --- |
| **OFERTA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** **(wypełnia realizator kształcenia dla każdej formy odrębnie)**  |
| **1** | Nazwa i siedziba Realizatora kształcenia  |  |
| **2** | Nazwa kursu/egzaminu/studiów/badań/ubezpieczenia |  |
| **3** | Nazwa oraz kod zawodu w jakim planowane jest kształcenie | Nazwa zawodu …………………………….Kod zawodu\* \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **4** | Planowany termin realizacji kształcenia | (Realizacja kształcenia powinna rozpocząć się nie wcześniej niż 2 miesiące od dnia złożenia wniosku) |
| **5** | Wymiar godzinowy kształcenia |  |
| **6** | Sposób organizacji kształcenia  | □ Grupowe □ Indywidualne |
| **7** | Posiadane ważne certyfikaty jakości oferowanych usług | (proszę wymienić i dołączyć kopie) | **Ważność dokumentu (od-do)** |
|  |
| **8** | **(dotyczy tylko kursów):** dokument, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego  | (proszę wskazać rodzaj dokumentu oraz publiczny rejestr elektroniczny w którym dostępny jest ten dokument)  |
| **9** | Cena kształcenia w przeliczeniu na jedną osobę  | ………………………………. złotych netto\*\*………………………………. złotych brutto\*\*Finansowaniu **nie podlegają** dodatkowe koszty ponoszone w związku z realizowanym kształceniem, w szczególności: koszty: dojazdu, zakwaterowania, delegacji i wyżywienia, a także zakupu urządzeń, narzędzi, maszyn, programów!!! |
| **10** | Forma przeprowadzenia szkolenia(należy zaznaczyć właściwą odpowiedź) | □ Forma online□ Kształcenie przeprowadzane w formie stacjonarnej. Adres……………………… |
| **11** | Rodzaj dokumentu jaki wydany zostanie w celu potwierdzenia kompetencji nabytych w wyniku kształcenia | (proszę o wskazanie rodzaju dokumentu (zaświadczenie, certyfikat, dyplom, itp.) oraz dołączenie WZORU) |
| **12** | Program kursu/zakres egzaminu/program studiów/zakres badań/zakres ubezpieczenia NNW |  |

\* Zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności wprowadzoną rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku i pracy oraz zakresu jej

\*\* Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c) ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust. 1 pkt 14) rozporządzenia Ministra Finansów z 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień kursy dofinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych podlegają zwolnieniu z podatku VAT.

 **…………………………………………………**

 (podpis i imienna pieczątka realizatora lub osoby

 uprawnionej do reprezentowania realizatora)

**Potwierdzam wybór wskazanego realizatora kształcenia**

………………………………………………

 (Pieczęć i podpis Pracodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania pracodawcy**)**

**Załącznik nr 5 do WNIOSKU**

…………………………

Pieczęć wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE**

**o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną**

W związku ze złożonym Wnioskiem o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców a w przypadku podpisania Umowy w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego **wyrażam zgodę** **na otrzymywanie** kierowanej do mnie przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach korespondencji, w tym w szczególności:

1. Informacji o sposobie rozpatrzenia wnioskuo przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców,
2. Umowy w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego oraz aneksów do ww. umowy,
3. Zaświadczeń o pomocy de minimis oraz korekt,
4. Informacji o sposobie zaliczenia wydatków,
5. Protokołów kontroli lub wizyt monitorujących,
6. Informacji dotyczącej wywiązania się z warunków umowy,
7. Wszelkiej kierowanej korespondencji związanej ze złożonym wnioskiem i realizacją umowy

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

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

(proszę o wskazanie jednej formy kontaktu)

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/ą,
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.

1. Proszę o podanie nr PKD działalności przeważającej zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności wprowadzoną rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24.12.2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD). [↑](#footnote-ref-1)
2. Klasa 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. [↑](#footnote-ref-2)