

Załącznik nr 1 do Zasad i Umowy

RADOM, 10.04.2020r.
(miejsowość i data)

Numer wniosku i umowy: HYPERNIA PUP

Wniosek²

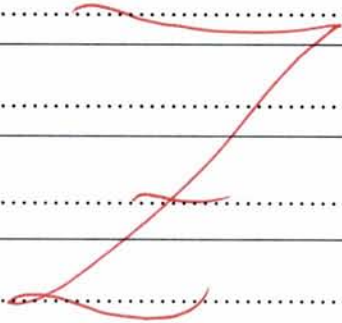
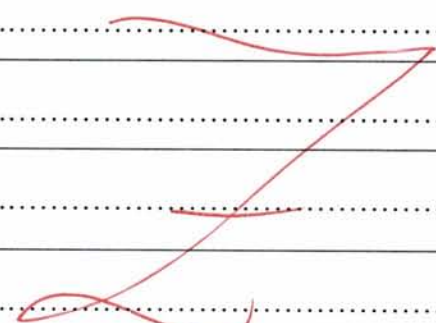
o udzielenie dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku spadku obrotów gospodarczych w następstwie wystąpienia COVID-19

| CZĘŚĆ A | | |
|---|---|-----------------------|
| Powiatowy Urząd Pracy w <u>RADOMIU</u> reprezentowany przez Dyrektora ³ | | |
| CZĘŚĆ B | | |
| <u>ANNA FIOTEK</u> | | |
| <i>(nazwa przedsiębiorcy/imię i nazwisko)</i> | | |
| <u>26-600 RADOM</u> | | |
| <u>ul. Żeromskiego 1001</u> | | |
| <i>(adres siedziby oraz oznaczenie miejsca wykonywania działalności gospodarczej)</i> | | |
| NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP) | <u>796-101-00-00</u> | |
| NUMER IDENTYFIKACYJNY REGON | <u>0123456</u> | |
| REPREZENTOWANY PRZEZ ⁴ | | |
| 1 | IMIĘ | <u>ANNA</u> |
| | NAZWISKO | <u>FIOTEK</u> |
| | NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI <i>(dowód osobisty, paszport, inny)</i> | <u>DOWÓD OSOBISTY</u> |

² Za datę złożenia Wniosku uważa się datę wpływu wniosku do właściwego Powiatowego Urzędu Pracy.

³ Powiatowy Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę Przedsiębiorcy lub miejsce wykonywania pracy przez pracowników.

⁴ W przypadku gdy liczba osób jest większa niż na formularzu, proszę dołączyć dodatkową listę reprezentantów.

| | | |
|---|--|---|
| | NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | ASA 700001 |
| | PESEL (jeżeli dotyczy): | 8005010203 |
| 2 | IMIĘ |  |
| | NAZWISKO | |
| | NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (dowód osobisty, paszport, inny) | |
| | NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | |
| | PESEL (jeżeli dotyczy): | |
| 3 | IMIĘ |  |
| | NAZWISKO | |
| | NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (dowód osobisty, paszport, inny) | |
| | NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | |
| | PESEL (jeżeli dotyczy): | |
| ADRES E-MAIL | | fiolek @ fiolek.pl |
| TELEFON KONTAKTOWY | | (48) 500 001 002 |
| DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK ⁵ | IMIĘ | ANNA |
| | NAZWISKO | FIOŁEK |
| CZĘŚĆ C | | |
| WNOSZĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA OD MIESIĄCA | | kwiecień |
| | | (miesiąc złożenia wniosku) |

⁵ Jeżeli dla osoby składającej wniosek wymagane jest pełnomocnictwo, należy je obowiązkowo załączyć do wniosku.

| Z TYTUŁU SPADKU OBROTÓW GOSPODARCZYCH ⁶ | | |
|--|---|--------------------------|
| W OKRESIE DWÓCH MIESIĘCY 2020 R. LICZONYCH OD <i>(miesiące powinny być liczone w okresie od 1 stycznia 2020 r. i kończyć się nie później niż w dniu poprzedzającym dzień złożenia wniosku; miesiąc rozumiany jest również jako 30 kolejno następujących po sobie dni kalendarzowych)</i> | 10.02 - 10.03.2020v. 11.03 - 09.04.2020v. | |
| | <i>(podać datę od nie wcześniejszą, niż 1 stycznia 2020 r.)</i> | |
| W WYSOKOŚCI |% | |
| | <i>(podać wysokość procentowego spadku obrotów we wskazanych dwóch miesiącach 2020 r. w porównaniu do obrotów z dwóch analogicznych miesięcy 2019 r.)</i> | |
| Z PRZEZNACZENIEM NA: | | |
| DOFINANSOWANIE DO KOSZTÓW WYNAGRODZEŃ PRACOWNIKÓW I NALEŻNYCH OD NICH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ŁĄCZNEJ KWOCIE | 6 394,20 zł | |
| | <i>(należy podać łączną kwotę za cały okres)</i> | |
| W TYM NA POKRYCIE SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE PRACOWNIKÓW NALEŻNYCH OD PRACODAWCY OD KWOTY DOFINANSOWANIA DO WYNAGRODZEŃ W KWOCIE | 934,20 zł | |
| | <i>(należy podać łączną kwotę za cały okres)</i> | |
| DLA | 1 | PRACOWNIKÓW ⁷ |
| | <i>(podać liczbę pracowników z załącznika nr 2 do wniosku)</i> | |
| PRZYSŁUGUJĄCYCH ZA OKRES | 3 | MIESIĘCY |
| | <i>(podać liczbę miesięcy, nie więcej niż 3 miesiące⁸)</i> | |
| W ZAKRESIE WYKONYWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ POSŁUGUJĘ SIĘ RACHUNKIEM | BANKOWYM | |
| | W SPÓŁDZIELCZEJ KASIE OSZCZĘDNOŚCIOWO – KREDYTOWEJ | |
| | nr 75 1000 2000 3000 4000 5000 6000 | |

⁶ o którym mowa w art. 15zzb ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r., o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”

⁷ o których mowa w art. 15zzb ust. 2 ustawy

⁸ o którym mowa w art. 15zzb ust. 5 ustawy

| | | |
|---|--|--|
| <i>(proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę i podać numer rachunku)</i> | | |
| DO WNIOSKU DOŁĄCZAM: | | <i>(proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę)</i> |
| WYKAZ PRACOWNIKÓW UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZEŃ (WG. OKREŚLONEGO WZORU) | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| KOPIĘ PEŁNOMOCNICTWA <i>(jeżeli dotyczy)</i> | | |
| CZĘŚĆ D | | |
| Oświadczam, że: | | |
| 1 | POSIADAM STATUS MIKROPRZEDSIĘBIORCY, MAŁEGO ALBO ŚREDNIEGO PRZEDSIĘBIORCY W ROZUMIENIU ART. 4 UST. 1 LUB 2 USTAWY Z DNIA 6 MARCA 2018 R. – PRAWO PRZEDSIĘBIORCÓW. | |
| 2 | ZAWARTE WE WNIOSKU INFORMACJE O SPADKU OBROTÓW GOSPODARCZYCH SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ. | |
| 3 | ZATRUDNIAM OSOBY OBJĘTE NINIEJSZYM WNIOSEM. | |
| 4 | NIE ZACHODZĄ PRZESŁANKI DO OGŁOSZENIA UPADŁOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 11 LUB ART. 13 UST. 3 USTAWY Z DNIA 28 LUTEGO 2003 R. – PRAWO UPADŁOŚCIOWE (Dz. U. z 2019 r. poz. 498, z późn. zm.) | |
| 5 | NIE ZALEGAM Z UREGULOWANIEM ZOBOWIĄZAŃ PODATKOWYCH, SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE, FGŚP, FUNDUSZ PRACY LUB FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY DO KOŃCA III KWARTAŁU 2019 R. | |
| 6 | ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ PRZEZNACZYĆ ŚRODKI Z DOFINANSOWANIA NA KOSZTY ZWIĄZANE Z WYNAGRODZENIAMI PRACOWNIKÓW ORAZ SKŁADKAMI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, NALEŻNYMI OD TYCH WYNAGRODZEŃ. | |
| 7 | ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM UTRZYMANIA W ZATRUDNIENIU PRACOWNIKÓW OBJĘTYCH UMOWĄ PRZEZ OKRES DOFINANSOWANIA. | |
| 8 | NIE OTRZYMAŁEM DOFINANSOWANIA NA TEN SAM CEL Z INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH. | |
| 9 | NIE UBIEGAŁEM SIĘ I NIE BĘDĘ UBIEGAŁ SIĘ O POMOC W ODNIESIENIU DO TYCH SAMYCH PRACOWNIKÓW W ZAKRESIE TAKICH SAMYCH TYTUŁÓW WYPŁATY NA RZECZ OCHRONY MIEJSC PRACY. | |
| 10 | ZAMIERZAM / NIE ZAMIERZAM SKORZYSTAĆ ZE ZWOLNIEŃ W OPŁACANIU SKŁADEK NA ZUS, O KTÓRYCH MOWA W USTAWIE COVID-19 *). | |

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZAM, ŻE INFORMACJE I OŚWIADCZENIA PODANE PRZEZE MNIE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ ORAZ, ŻE JESTEM ŚWIADOMY (ŚWIADOMA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WYNIKAJĄCEJ Z ART. 233 § 1 USTAWY Z DNIA



**6 CZERWCA 1997 R. – KODEKS KARNY (Dz. U. z 2019 R. POZ. 1950,
Z PÓŹN. ZM.) ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA LUB ZATAJENIE
PRAWDY.**

Anna Fiołek

(podpis, z podaniem imienia i nazwiska
przedsiębiorcy
lub osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych)
do składania oświadczeń woli w imieniu
przedsiębiorcy

Załącznik nr 1 do Wniosku - Wzór formularza pomocy publicznej⁹

| Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc rekompensującą negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19 | |
|--|--|
| A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc | |
| 1. Identyfikator podatkowy NIP podmiotu 7961010000 | |
| 2. 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.) ¹⁾ 4711 | |
| 3. 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) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | mikroprzedsiębiorca |
| <input type="checkbox"/> | mały przedsiębiorca |
| <input type="checkbox"/> | średni przedsiębiorca |
| <input type="checkbox"/> | inny przedsiębiorca |
| B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc publiczna (aktualne na dzień 31 grudnia 2019 r.) | |
| 1. Czy wysokość niepokrytych strat podmiotu przewyższa: 50% wysokości kapitału zarejestrowanego/ 50% wysokości kapitału według ksiąg podmiotu? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 2. Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym? | <input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie |
| 3. Czy, w przypadku podmiotu innego niż mikro, mały lub średni przedsiębiorca, w ciągu ostatnich dwóch lat stosunek długów do kapitału własnego był większy niż 7,5 a stosunek zysku operacyjnego powiększonego o amortyzację do odsetek był niższy niż 1? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy |
| C. Informacje dotyczące już otrzymanej pomocy publicznej rekompensującej negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19 | |
| 1. Czy podmiot któremu ma być udzielona pomoc otrzymał już inną pomoc publiczną rekompensującą negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19? | <input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie |
| 2. Jeżeli tak, należy wskazać: | |
| a) wartość pomocy w złotych | <input type="text"/> |
| b) datę otrzymania pomocy | <input type="text"/> |
| c) rodzaj i formę otrzymanej pomocy (dotacja, pożyczka, gwarancja, dopłata do oprocentowania kredytu, zaliczka zwrotna, pożyczka umarzalna, ulga podatkowa, ulga w zakresie innych płatności, inne) | <input type="text"/> |
| d) nazwę oraz adres podmiotu udzielającego pomocy | <input type="text"/> |
| D. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji | |
| Imię i nazwisko | Data i podpis |
| ANNA FIOŁEK | 10.04.2020. <i>hotele</i> |
| 1) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód. | |

⁹ Formularz ma wyłącznie charakter przykładowy, jego wzór nie wynika z obowiązujących przepisów prawa.

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH NA PODSTAWIE OBOWIĄZKU PRAWNEGO CIAŻĄCEGO NA ADMINISTRATORZE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE poniżej przekazuję następujące informacje:

| | |
|---|--|
| <p>TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA</p> | <p>Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest powiatowy urząd pracy, do którego został złożony wniosek lub z którym zawarta została umowa o dofinansowanie oraz Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym finansowanym z EFS właściwa ze względu na źródło finansowania wsparcia, określone w załączniku 3 do umowy o dofinansowanie</p> |
| <p>DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA</p> | <p>Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres mailowy podany na stronie internetowej urzędu, do którego został złożony wniosek lub z którym zawarta została umowa o dofinansowanie, lub pisemnie na adres siedziby administratora.</p> |
| <p>DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH</p> | <p>Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych w szczególności w zakresie korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem poprzez adres mailowy inspektora podany na stronie internetowej urzędu lub pisemnie na adres siedziby administratora.</p> |
| <p>CELE PRZETWARZANIA DANYCH</p> | <p>Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu udzielenia i realizacji umowy dofinansowania, w tym potwierdzania kwalifikowalności wydatków, wnioskowania o płatności do Komisji Europejskiej, raportowania o nieprawidłowościach, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z EFS.</p> |
| <p>PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH</p> | <p>Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. e RODO w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> • art. 15 zzb ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374 z późn. zm.) • rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.), • rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.), |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • ustawą z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 2018 r. poz. 14601431, z późn. zm.), • rozporządzeniem wykonawczym Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającym szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1). |
| <p>ODBIORCY DANYCH</p> | <p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów (przykład: sądowi, Policji, instytucjom kontrolnym).</p> <p>Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.</p> |
| <p>OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH</p> | <p>Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres realizacji umowy o dofinansowanie, począwszy od dnia złożenia wniosku do dnia zakończenia realizacji umowy, a następnie przez okres wymagany do rozliczenia środków finansowych pochodzących z funduszy europejskich. Ponadto będą przetwarzane w okresie przewidzianym dla archiwizacji dokumentów wchodzących do narodowego zasobu archiwalnego.</p> |
| <p>PRAWA OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ</p> | <p>Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania jeżeli spełnione są przesłanki określone w art. 16 i 18 RODO.</p> |
| <p>PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO</p> | <p>Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, którym jest: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa Telefon: 22 531 03 00</p> |
| <p>INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH</p> | <p>Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich przetwarzanie jest warunkiem podpisania umowy o dofinansowanie i jej realizacji.</p> |

Anna Fiołek