

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

### osoby niepełnosprawnej o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

Nazwa pola	Wartość
Podstawa prawna:	Art. 12a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44).
Składający:	Osoba z niepełnosprawnością ubiegająca się o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.
Adresat:	Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

#### DANE O WNIOSKU

Ten wniosek składa się, aby otrzymać środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej.

Starosta przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „PFRON”, na ten cel na podstawie umowy, zgodnie z art.

12a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44),

zwanej dalej „ustawą”. Wniosek składa się przed zawarciem umowy przyznającej te środki.

O środki może wnioskować osoba, której niepełnosprawność potwierdza co najmniej jedno z orzeczeń wymienionych w ustawie. Osoba ta w dniu złożenia wniosku powinna być zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, zwanym dalej „PUP”, jako bezrobotna lub poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu. Należy złożyć oświadczenia wstawiając znak „x” w poniższych polach wyboru opisujących sytuację Wnioskodawcy.

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj wnioskodawcy:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu zarejestrowana w PUP
Wniosek Wn-O składa się do starosty właściwego ze względu na miejsce zarejestrowania Wnioskodawcy w tym PUP.	
Rodzaj Wniosku:	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
Złożenie wniosku w innym PUP:	<input type="checkbox"/> Wniosek zwykły nie został złożony w innym PUP <input type="checkbox"/> Wniosek zwykły został złożony w innym PUP
Informacja o wszystkich PUP, w których został złożony wniosek zwykły	

Wniosek Wn-O może złożyć osoba, która nie otrzymała bezzwrotnych środków na cel, na który mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy ten wniosek. Należy złożyć oświadczenie wstawiając znak „x” w poniższych polach wyboru opisujących sytuację Wnioskodawcy.

<b>Informacja o otrzymaniu bezzwrotnych środków na cel, na który mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy ten wniosek</b>	<input type="checkbox"/> Wnioskodawca nie otrzymał bezzwrotnych środków <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności rolniczej <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej
---	--

## DANE WNIOSKODAWCY

### A. DANE I ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>Pesel:</b>	
<b>Nazwa, seria, numer dokumentu tożsamości (proszę wpisać jeśli nie posiada Pan/Pani numeru PESEL):</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	

<b>Gmina:</b>	
<b>Identyfikator adresu*:</b> (Proszę wpisać siedmiocyfrowe oznaczenie gminy. Identyfikatory gmin dostępne są na stronie internetowej GUS)	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś

### B. DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY

- Adres do korespondencji taki sam jak wnioskodawcy

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Faks:</b>	
<b>E-mail:</b>	

### C. Dodatkowe informacje

Nazwa pola	Wartość
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Numer rachunku bankowego:</b>	

**D. ZAKRES WNIOSKU**

Środki, których dotyczy wniosek Wn-O, mogą zostać przyznane na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej w kwocie:

- 1) nie wyższej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia tej działalności lub członkostwa w spółdzielni socjalnej przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 2) wynoszącej od 6-krotności do 15-krotności przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia działalności lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy.

Nazwa pola	Wartość
<b>Przeciętne wynagrodzenie w miesiącu złożenia wniosku:</b>  (Informacja o wysokości przeciętnego wynagrodzenia dostępna jest na stronie internetowej GUS)	
<b>Zobowiązuję się do:</b>	<input type="checkbox"/> Prowadzenia planowanej działalności nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy <input type="checkbox"/> Prowadzenia planowanej działalności nieprzerwanie przez co najmniej 24 miesiące <input type="checkbox"/> Bycia członkiem spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy <input type="checkbox"/> Bycia członkiem spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez co najmniej 24 miesiące
<b>Wnioskuje o przyznanie mi kwoty:</b>	

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ****A. STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Numer orzeczenia:</b>	

<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

**WSTĘPNE INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI****A. RODZAJ I FORMA PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI**

Środki, których dotyczy wniosek, mogą zostać przyznane na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej lub działalności gospodarczej (w dowolnej formie) lub działalności rolniczej (w dowolnej formie). Proszę wybrać rodzaj działalności, a w przypadku wybrania działalności gospodarczej lub rolniczej proszę wpisać kod szczególnej formy prawnej.

Nazwa pola	Wartość
<b>Przeznaczenie wnioskowanej kwoty dofinansowania:</b>	<input type="checkbox"/> działalność w formie spółdzielni socjalnej <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> założenie spółdzielni socjalnej</li> <li><input type="checkbox"/> nabycie członkostwa w spółdzielni socjalnej</li> </ul> <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> samodzielna</li> <li><input type="checkbox"/> wspólnie z innymi osobami lub podmiotami</li> </ul> <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> samodzielna</li> <li><input type="checkbox"/> wspólnie z innymi osobami lub podmiotami</li> </ul>
<b>Forma działalności – kod szczególnej formy prawnej:</b>  (Kody dostępne są na stronie GUS)	
<b>Planuję podjąć działalność od dnia:</b>	_ _ - _ - _ - _ - _ -
<b>Działalność będzie prowadzona:</b>	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> wraz z innymi osobami lub podmiotami
<b>Uzasadnienie wyboru:</b>	
<b>Czy podjęcie planowanej działalności będzie oznaczało powstanie nowej działalności gospodarczej, rolniczej albo spółdzielni socjalnej?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Uzasadnienie wyboru i dane o działalności, do której wnioskodawca zamierza dołączyć podejmując planowaną działalność (w tym nazwę, adres i <u>datę</u> rozpoczęcia</b>	

<b>działalności):</b>  (proszę uzupełnić w przypadku gdy nie powstanie nowa działalność)	
Do wniosku należy załączyć dokument potwierdzający wolę przyjęcia wnioskodawcy do działalności prowadzonej przez inne osoby lub podmioty (np. list intencyjny, umowę przedwstępną lub uchwałę spółdzielni socjalnej).	

## B. PRZEDMIOT PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Działalność, której dotyczy wniosek, będzie polegać na:</b>	
<b>PKD dla wiodącej planowanej działalności:</b>	
<b>Prowadzenie działalności:</b>	<input type="checkbox"/> nie wymaga <input type="checkbox"/> wymaga uzyskania pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji.
<b>Zakres wymaganych pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji:</b>	
<b>Status wymaganych pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji:</b>	<input type="checkbox"/> są w posiadaniu wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie są w posiadaniu wnioskodawcy
<b>Termin uzyskania wymaganych pozwoleń:</b>  (w przypadku nie posiadania w/w pozwoleń, zaświadczeń itp.)	
<b>Prowadzenie działalności wymaga/nie wymaga spełnienia szczegółowych warunków wynikających z przepisów prawa (przykład działalności: opieka na dziećmi do lat 3, prowadzenie domu pomocy społecznej, świadczenie usług detektywistycznych, projektowanie dróg, prowadzenie kawiarni):</b>	<input type="checkbox"/> nie wymaga <input type="checkbox"/> wymaga spełnienia szczególnych warunków wynikających z przepisów prawa

Proszę opisać zakres spełnienia szczegółowych warunków wynikających z przepisów prawa, jeśli wyżej zaznaczył Pan/Pani, że wymaga:

### C. OBSZARY PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Zasięg i sposób wykonywania planowanej działalności (na jakim obszarze będą oferowane produkty lub usługi, a także, czy będą one oferowane w ramach sprzedaży internetowej):	

### D. LOKALIZACJA

Nazwa pola	Wartość
Planowane miejsce prowadzenia działalności (proszę wpisać adres, jeżeli jest znany Wnioskodawcy, lub orientacyjną lokalizację np. dzielnicę, ulicę, zespół obiektów handlowych itp.) oraz uzasadnić wybór:	

### KLIENCI I DYSTRYBUCJA

#### E. KLIENCI

Nazwa pola	Wartość
Do kogo będzie kierowana oferta planowanej działalności? Należy uwzględnić m.in. cechy grupy docelowej klientów, ich szacunkową liczbę:	
Czy wnioskodawca ma doświadczenia we współpracy z niektórymi spośród potencjalnych klientów? Opis warunków współpracy, przydatnej w planowanej działalności. Ocena szansy na kontynuację współpracy.?	



**Opis czynności podjętych przed dniem złożenia wniosku, które pozwolą na zapewnienie klientów (wymiana listów intencyjnych, zawarcie umów przedwstępnych dotyczących współpracy lub sprzedaży, oświadczenia o współpracy z przyszłymi klientami):**

**Plan dotarcia do potencjalnych klientów ze swoją ofertą, opis sposobu reklamowania planowanej działalności:**

(Należy uwzględnić także sposób prowadzenia kampanii informacyjnej dla klientów, reklamę zarówno tradycyjną, jak i elektroniczną, nośniki reklamy, wykorzystane formy promocji i informacji, w tym w mediach społecznościowych. Proszę opisać rodzaje działań, które zamierza Pani/Pan podjąć, zakładany termin realizacji, koszt i rezultat działania)

**Opis czynności pozwalających na zapoznanie potencjalnych klientów z ofertą planowanej działalności zostały wykonane przed dniem złożenia wniosku (np. rozpoznanie rynku, listy intencyjne, umowy przedwstępne zawarte pod warunkiem otrzymania wnioskowanych środków, oświadczenie o współpracy, zapewnienie dostępu do sieci, rozpoznanie rynku sklepów internetowych, stron internetowych)?**

Jeżeli niektórych z tych czynności dokonano na piśmie, należy załączyć dokumenty potwierdzające dokonanie tych czynności.

**F . DYSTRYBUCJA**

Nazwa pola	Wartość
<p><b>Opis sposobu sprzedawania oferowanych przez dóbr (np. usługi i produkty), uzasadnienie wyboru, warunki dystrybucji, oszacowanie stosowanych ceny itp.</b></p>	
<p><b>Opis czynności podjętych przed dniem złożenia wniosku, które pozwolą na zapewnienie dystrybucji (wymiana listów intencyjnych, zawarcie umów przedwstępnych dotyczących współpracy lub sprzedaży, oświadczenia o współpracy z przyszłymi dostawcami i kontrahentami).</b></p>	

**ZAKRES CZYNNOŚCI, UPRAWNIENIA****A. ZAKRES CZYNNOŚCI, UPRAWNIENIA, KWALIFIKACJE, DOŚWIADCZENIE I UMIEJĘTNOŚCI**

Wnioskodawca powinien uprawdopodobnić, że wie, jakie typowe czynności będą wykonywane w ramach działalności, na którą mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy wniosek Wn- O.

Nazwa pola	Wartość
<p><b>Prowadzenie działalności będzie wymagało korzystania z pomocy innych osób :</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p><b>Opis czynności związane z planowaną działalnością wykonywanych osobiście:</b></p>	
<p><b>Czy niektóre z wymienionych czynności wymagają specjalnych uprawnień zawodowych?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p><b>Zakres (jeśli wyżej zaznaczył/a Pan/Pani tak):</b></p>	

<b>Czy wnioskodawca posiada wymagane uprawnienia zawodowe?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Jeżeli nie, to jak zostanie rozwiązany ten problem?</b>	
<b>Wykształcenie wnioskodawcy (nazwy szkół, profil, zawód, specjalność, tytuły zawodowe lub naukowe, wykształcenie uzupełniające):</b>	
<b>Posiadane wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> będzie przydatne do wykonywania czynności, które będą wykonywać osobiście <input type="checkbox"/> nie będzie przydatne do wykonywania czynności, które będą wykonywać osobiście
<b>Uzasadnienie:</b>	
Do wniosku należy załączyć dokumenty potwierdzające rodzaj i poziom wykształcenia w przydatnym zakresie.	
<b>Czy wnioskodawca ukończył kursy lub szkolenia przydatne w wykonywaniu wspomnianych czynności?</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Jeżeli tak, to jakie:</b>	
Do wniosku należy załączyć zaświadczenia ukończenia szkolenia lub kursu:	
<b>Zatrudnienie:</b>	<input type="checkbox"/> nigdy nie byłam zatrudniona/nie byłem zatrudniony <input type="checkbox"/> w przeszłości byłam zatrudniona/byłem zatrudniony
<b>Okres ostatniego zatrudnienia (od – do):</b>	
<b>Czy czynności wykonywane wcześniej w pracy będą przydatne w planowanej działalności?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Jeżeli tak, to w jaki sposób:</b>	
<b>Czy wnioskodawca ma doświadczenie lub umiejętności przydatne do wykonywania czynności w planowanej działalności?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Jeżeli tak, to jakie. Należy uwzględnić nie tylko doświadczenie życiowe, ale również doświadczenia z okresu zatrudnienia (w</b>	

<p>ramach stosunku pracy, pracy nakładczej, służby, wykonywania umów cywilnych, wolontariatu, udziału w programach społecznych, pomocy innym osobom w prowadzeniu działalności, itd.).</p>	
<p>Działalność prowadzona w przeszłości:</p>	<p><input type="checkbox"/> działalność gospodarcza  <input type="checkbox"/> działalność rolnicza  <input type="checkbox"/> działalność w formie spółdzielni socjalnej</p>
<p>Po raz ostatni w okresie od-do (jeśli wyżej zaznaczył/a Pan/Pani działalność):</p>	
<p>Opis przedmiotu działalności, forma prowadzona, powód zaprzestania:</p>	
<p>Jakie czynności związane z planowaną działalnością będą wykonywać inne osoby? Czy powinny w związku z tym posiadać odpowiednie uprawnienia, kwalifikacje doświadczenie i umiejętności? Jeśli tak, to jakie?</p>	

## ZABEZPIECZENIE ZWROTU ŚRODKÓW

### A. ZABEZPIECZENIE ZWROTU ŚRODKÓW

Środki, których dotyczy wniosek Wn-O, są przyznawane na podstawie umowy zawartej ze starostą. Jeżeli wnioskodawca naruszy warunki umowy, będzie zobowiązany do zwrotu środków w kwocie proporcjonalnej do okresu pozostałego do zakończenia okresu, na który została zawarta umowa, wraz z odsetkami naliczonymi jak od zaległości podatkowych. Zwrot może zostać zabezpieczony którąkolwiek z poniżej wymienionych form zabezpieczenia. Wnioskodawca może wybrać jedną lub wiele form zabezpieczenia. Należy złożyć oświadczenie o proponowanej formie zabezpieczenia zwrotu. W przypadku wybrania wielu form zabezpieczenia należy uzupełnić kwoty, których ma dotyczyć zabezpieczenie.

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

<b>Formy zabezpieczenia zwrotu środków:</b>	<input type="checkbox"/> poręczenie <input type="checkbox"/> poręczenie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> weksel z poręczeniem wekslowym (awal) <input type="checkbox"/> gwarancja bankowa <input type="checkbox"/> zastaw na prawach lub rzeczach <input type="checkbox"/> blokada rachunku bankowego <input type="checkbox"/> akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika
<b>Uwagi dotyczące zabezpieczenia zwrotu środków:</b>	

**INFORMACJE O PLANOWANYCH WYDATKACH I ICH FINANSOWANIU Z  
WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW  
A. PODSUMOWANIE**

Nazwa pola	Wartość
Łączny koszt podjęcia planowanej działalności:	
Z własnych środków sfinansowano wydatki w łącznej kwocie:	
Z własnych środków zostaną sfinansowane wydatki w łącznej kwocie:	
Z innych źródeł sfinansowano wydatki w łącznej kwocie:	
Z innych źródeł sfinansowano zostaną sfinansowane wydatki w łącznej kwocie:	
Należy wymienić inne źródła finansowania:	

## B. INFORMACJE O PLANOWANYCH WYDATKACH I ICH FINANSOWANIU Z WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW

Proszę wypełnić poniższą tabelę i wpisać w niej wydatki związane bezpośrednio z podjęciem działalności, które Wnioskodawca zamierza w części lub w całości sfinansować ze środków, których dotyczy Wniosek. Wszystkie kwoty proszę podać w złotych, w kwotach brutto (wraz z kwotą podatku od towarów i usług).

L p.	Typ wydatku*	Rodzaj wydatku do sfinansowania w części lub całości ze środków, których dotyczy wniosek	Stan przedmiotu wydatku**	Planowana data dokonania wydatku	Wartość jednostkowa	Liczba jednostek	Kwota wydatku Ogółem**	Pomniejszenia***	Kwota wydatku do sfinansowania z wnioskowanych środków
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

\*Proszę podać typ wydatku: w – wyposażenie, m – wydatki na nabycie materiałów i surowców, t – wydatki na zakup towarów do sprzedaży lub udostępniania, z – wydatki na zwierzęta, u – wydatki na usługi, r – wydatki na reklamę i komunikację, i – inne

\*\* Proszę określić stan przedmiotu: n – nowe, u – używane, x – nie dotyczy

\*\*\* Kwota wydatków ogółem jest iloczynem z kolumn Wartość jednostkowa oraz liczba jednostek

\*\*\*\* Kwota wydatku objęta innym otrzymanym lub planowanym wsparciem ze środków publicznych

**Załączniki i uwagi**

- Do wniosku załączam następujące dokumenty:
- 1. Dokument potwierdzający wolę przyjęcie mnie do działalności gospodarczej, rolniczej albo spółdzielni socjalnej prowadzonej przez inne osoby lub podmioty:
- 2. Dokonanie czynności pozwalające na zapoznanie potencjalnych klientów z ofertą planowanej działalności:
- 3. Dokumenty potwierdzające dokonanie czynności, które pozwolą na zapewnienie płynnej współpracy z dostawcą i innymi kontrahentami:
- 4. Dokument, z którego wynika tytuł prawny do:
  - gruntów
  - lokalu
  - obiektów
- 5. Dokument potwierdzający wysokość mojego wkładu własnego:
- 6. Dokumenty potwierdzające uprawnienia i kwalifikacje moje lub innych osób wymagane w planowanej działalności:
- 7. Dokumenty potwierdzające doświadczenie i umiejętności moje lub innych osób przydatne w planowanej działalności:
- 8. Oświadczenie małżonki/małżonka, w którym wyraża zgodę na zawarcie umowy przyznającej środki.
- 9. Załącznik nr 1 - opinia Doradcy Klienta dotycząca planowanej działalności
- 10. Załącznik nr 2 – oświadczenie dotyczące wkładu własnego
- 11. Załącznik nr 3 – Oświadczenie o pomocy de minimis
- 12. Załącznik nr 4 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
- 13. Załącznik nr 5 – Oświadczenie wnioskodawcy oraz współmałżonka wnioskodawcy (o ile dotyczy)
- 14. Załącznik nr 6 – Informacja o poręczycielu nr 1 (o ile dotyczy)
- 15. Załącznik nr 7 – Informacja o poręczycielu nr 2 (o ile dotyczy)
- 16. Kopie dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność
- 17. Oświadczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie z programów unijnych lub krajowych dotyczące środków sankcyjnych w związku z przeciwdziałaniem wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

Uwagi:

**Informacja adresata dotycząca danych osobowych:**

- *Adresat wniosku Wn-O, jako administrator danych osobowych, informuje Panią/Pana, że:*
  - *posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, sprzeciwu wobec przetwarzania, skargi do organu nadzorującego, o ile nie zachodzą sytuacje, o których mowa w art. 14 ust. 5, art. 17 ust. 3 i art. 21 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.);*
  - *podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa;*
  - *podane dane będą przetwarzane w celu realizacji zadania określonego w art. 12a ustawy oraz w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2018 r. w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej (Dz. U. poz. 2342) i zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych;*
  - *dane mogą być udostępniane przez Adresata:*
    - a) *Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania udzielania środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub działalności w formie spółdzielni socjalnej na podstawie ustawy,*
    - b) *Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 29.09.2015, str. 9) oraz oceny zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis określonymi 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), pomocy de minimis w sektorze rolnym określonymi w rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45);*
  - *administratorem ochrony danych u Adresata jest: Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Czajewicza 2/4, NIP 1231250393, REGON 016183703, tel. (22) 484-26-78, fax: 224842689, e-mail: kancelaria@piaseczno.praca.gov.pl*
  - *dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięcioletni niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską;*
  - *ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.*



**OŚWIADCZENIA****A. OŚWIADCZENIA KOŃCOWE**

1. Dane wykazane we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>2. Sytuacja życiowa:</b>	<input type="checkbox"/> nie pozostaję w związku małżeńskim <input type="checkbox"/> pozostaję w ustawowej majątkowej wspólności małżeńskiej <input type="checkbox"/> posiadam rozdzielność majątkową
<b>Imię i nazwisko osoby, z którą posiadam rozdzielność majątkową*:</b>	
<b>3. Zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON:</b>	<input type="checkbox"/> posiadam <input type="checkbox"/> nie posiadam
<b>4. Inne zaległości</b>	<input type="checkbox"/> zalegam <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i innych danin publicznych

\*Proszę załączyć oświadczenie małżonka/małżonki, w którym wyraża zgodę na zawarcie umowy przyznającej środki.

<i>Data złożenia wniosku</i>	<i>Podpis</i>