



Załącznik nr 1c
do wniosku o dofinansowanie podjęcia działalności
gospodarczej
(wypełnia poszukujący pracy niezatrudniony
i niewykonyjący innej pracy zarobkowej opiekun
osoby niepełnosprawnej)

--	--

(miejscowość)

(data)

imię i nazwisko:

--

adres zamieszkania:

--

PESEL¹:

--

**OŚWIADCZENIE POSZUKUJĄCEGO PRACY NIEZATRUDNIONEGO
I NIEWYKONUJĄCEGO INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ
OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że **na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie** podjęcia działalności gospodarczej:

1. Zapoznałem(am) się i spełniam warunki dotyczące przyznania jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej, określone w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o runku pracy i służbach zatrudnienia, zwanej dalej „ustawą”, oraz zawarte w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 listopada 2025 r. w sprawie wniosków i realizacji umów o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej oraz o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w tym w szczególności:

- 1) ☐ **wykonuję** / ☐ **nie wykonuję** działalność(ci) gospodarczą(ej);
- 2) ☐ **pozostaję** / ☐ **nie pozostaję** w okresie zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej;
- 3) ☐ **skorzystałem(am)** / ☐ **nie skorzystałem(am)** z bezzwrotnych środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej, na założenie spółdzielni socjalnej lub na przystąpienie do spółdzielni socjalnej;
- 4) ☐ **skorzystałem(am)** / ☐ **nie skorzystałem(am)** z umorzenia pożyczki, o którym mowa w art. 187 ustawy;
- 5) ☐ **przerwałem(am)** / ☐ **nie przerwałem(am)** z własnej winy w okresie ostatnich 12 miesięcy realizację(i) formy pomocy określonej w ustawie;
- 6) ☐ **złożyłem(am)** / ☐ **nie złożyłem(am)** do innego starosty wniosek(ku) o dofinansowanie podjęcia działalności gospodarczej lub wniosek(ku) o środki na założenie spółdzielni socjalnej lub na przystąpienie do spółdzielni socjalnej²;
- 7) ☐ **zobowiązuję się** do wykonywania działalności gospodarczej przez okres co najmniej 12 miesięcy oraz niezawieszania wykonywania działalności gospodarczej łącznie na okres dłuższy niż 6 miesięcy;
- 8) ☐ **zobowiązuję się**³ / ☐ **nie zobowiązuję się** do wykonywania działalności gospodarczej przez okres kolejnych 3 miesięcy po zakończeniu okresu 12 miesięcy, o którym mowa w pkt 7 powyżej;
- 9) ☐ **jest mi wiadome, że** do okresu 12 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej, o którym mowa w pkt 7, oraz do dodatkowego okresu 3 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej, o którym mowa w pkt 8, nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej oraz okresu przekraczającego łącznie 90 dni przerwy w prowadzeniu działalności z powodu choroby lub korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego;
- 10) ☐ **jest mi wiadome, że** do okresu 12 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej, o którym mowa w pkt 7, oraz do dodatkowego okresu 3 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej, o którym mowa w pkt 8, wlicza się okres pobierania zasiłku macierzyńskiego, o ile będę w tym czasie wykonywał działalność gospodarczą⁴;

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

² Za niezłożenie wniosku uznaje się również przypadek, gdy wniosek w powyższym zakresie został złożony, rozpoznany, a umowa nie została i nie zostanie zawarta.

³ W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej wnioskodawca w umowie o dofinansowanie zostanie zobowiązany do wykonywania działalności gospodarczej przez okres co najmniej 15 miesięcy. Powyższy okres obejmie wymagane 12 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej (art. 151 ust. 1 pkt 3 ustawy) oraz kolejne 3 miesiące (minimum 90 dni) w celu realizacji efektywności zatrudnieniowej (art. 2 pkt 48 ww. ustawy).

⁴ Beneficjent, który pobierał zasiłek macierzyński, zobowiązany jest do udowodnienia w sposób niebudzący wątpliwości, że wykonywał w tym czasie działalność gospodarczą. Ostateczną decyzję w powyższym zakresie podejmuje Dyrektor.

- 11) ☐ **nie podejmę zatrudnienia** w okresie co najmniej 12 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej.
2. Jest mi wiadome, że środki na podjęcie działalności gospodarczej są przyznawane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy pomoc *de minimis*. Znana jest mi treść oraz spełniam warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023), w tym w szczególności:
- 1) ☐ **otrzymałem(am)** / ☐ **nie otrzymałem(am)** pomoc(y) publiczną(ej) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*;
- 2) ☐ **otrzymałem(am)** / ☐ **nie otrzymałem(am)** pomoc(y) publiczną(ej) dla tego samego środka finansowania ryzyka, która kumuluje się z pomocą *de minimis*;
- 3) ☐ **ciąży** / ☐ **nie ciąży** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji o obowiązku zwrotu pomocy oraz wnoszę o udzielenie pomocy *de minimis* na podstawie przepisów ww. rozporządzenia.
3. ☐ **Posiadam** / ☐ **Nie posiadam** wpis(u) do ewidencji działalności gospodarczej.
4. ☐ **Posiadam** / ☐ **Nie posiadam** / ☐ **Nie dotyczy**⁵ w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych.
5. ☐ **Dopelnilem(am)** / ☐ **Nie dopełniłem(am)** / ☐ **Nie dotyczy**⁶ obowiązku zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń.
6. ☐ **Posiadam** / ☐ **Nie posiadam** / ☐ **Nie dotyczy**⁷ w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zaległości z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
7. ☐ **Będę** / ☐ **Nie będę** / ☐ **Nie dotyczy**⁸ ubiegał(a) się z urzędu skarbowego o odzyskanie całości lub części kwoty przeznaczonej na zakup kasy fiskalnej.
8. Dokonam rejestracji działalności gospodarczej wskazanej w niniejszym wniosku w uzgodnieniu z tutejszym Urzędem.
9. Otrzymałem(am) regulamin przyznawania z Funduszu Pracy dofinansowania podjęcia działalności gospodarczej obowiązujący w Powiatowym Urzędzie Pracy w Puławach oraz zapoznałem(am) się z jego treścią i przyjmuję warunki w nim określone.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelny podpis poszukującego pracy
niezatrudnionego i niewykonyującego innej pracy
zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej)

⁵ Dotyczy wnioskodawcy, który w przeszłości był przedsiębiorcą lub pracodawcą.

⁶ Dotyczy wnioskodawcy, który w przeszłości był przedsiębiorcą lub pracodawcą oraz był zobowiązany do dokonania zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych wskazanych osób.

⁷ Dotyczy wnioskodawcy, który podlega lub w przeszłości podlegał ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

⁸ Dotyczy wnioskodawcy, który w ramach dofinansowania planuje zakup kasy fiskalnej.