|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**W ZWIĄZKU Z UTWORZENIEM W TYM PRZEDSIĘBIORSTWIE NOWYCH MIEJSC PRACY DLA OSÓB ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUB UBÓSTWEMW RAMACH PROJEKTU„WIELKOPOLSKI OŚRODEK EKONOMII SPOŁECZNEJ”  |
| **Tytuł projektu** | **Wielkopolski Ośrodek Ekonomii Społecznej** |
| **Nazwa realizatora projektu** | **Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych w Poznaniu** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer referencyjny Formularza Rekrutacyjnego** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ISTNIEJĄCE PS/WOES/2020** |
| **Data przyjęcia Formularza** |  |
| **Czytelny podpis osoby przyjmującej** **Formularz** |  |

***Serdecznie zapraszamy do udziału we wsparciu inkubacyjnym i dotacyjnym w związku
z zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym!***

**Ważne informacje wstępne dla Państwa:**

* *Przyjmowane będą wyłącznie wnioski uczestników projektu WOES, uprzednio skonsultowane
z doradcą kluczowym WOES – w tym celu prosimy o kontakt.*
* *Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi, drukowanymi literami. Załącznik numer 1 proszę wypełnić tylko na maszynie lub komputerowo.*
* *Wnioskodawca wypełnia pola jasne.*
* *We wszystkich polach, w których występuje możliwość wyboru, należy wstawić X w jednym odpowiednim kwadracie.*
* *Wniosek należy złożyć w biurze WOES w Koninie przy ulicy 3 maja 26, 62 – 500 Konin.*
* *Wniosek złożony z naruszeniem powyższych zasad nie zostanie przyjęty, dlatego prosimy o uważne i dokładne wypełnienie formularza.*
* *Formularze, inne niezbędne dokumenty i wyjaśnienia znajdują się na stronie internetowej www.spoldzielnie.org oraz woes.pl.*
* ***Ponadto wszelkich niezbędnych informacji udziela kadra WOES pod numerem telefonu 63 245 58 29, drogą mailową:*** ***maria.lewandowska@spoldzielnie.org******, joanna.szymczak@spoldzielnie.org, dawid.zbawicki@spoldzielnie.org,*** ***woes@spoldzielnie.org*** ***lub osobiście w biurze WOES
w Koninie przy ulicy 3 Maja 26.***

|  |
| --- |
| **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO WYSTĘPUJĄCEGO O WSPARCIE** |
| **Pełna nazwa przedsiębiorstwa** |  |
| **Siedziba - adres** |  |
| **Data powstania przedsiębiorstwa (dzień wpisu do KRS)** |  |
| **Wartość otrzymanej pomocy de minimis II, w złotych i w euro w ciągu ostatnich trzech lat kalendarzowych[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Rodzaj prowadzonej działalności** | * **Działalność gospodarcza** zarejestrowana w KRS
* **Działalność odpłatna pożytku publicznego** w rozumieniu art. 8 ustawy z dnia 24 kwietnia 2004r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
* **Działalność oświatowa** w rozumieniu art. 170 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe
* **Działalność kulturalna** w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej
 |
| **Liczba pracowników zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza **na umowę o pracę** lub spółdzielczą umowę o pracę (min. 1/4 etatu) – **ŁĄCZNIE WSZYSCY PRACOWNICY** |  |
| **Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub ubóstwem zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza **na umowę o pracę** lub spółdzielczą umowę o pracę (min. 1/4 etatu) **– OSOBY ZAGROŻONE WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUB UBÓSTWEM** |  |
| **Liczba osób zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza na podstawie **umowy cywilnoprawnej** – dłuższej niż 3 miesiące (min. 120 godzin pracy łącznie przez wszystkie miesiące)**ŁĄCZNIE WSZYSCY PRACOWNICY** |  |
| **Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub ubóstwem zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza na podstawie **umowy cywilnoprawnej** – dłuższej niż 3 miesiące (min. 120 godzin pracy łącznie przez wszystkie miesiące) **– OSOBY ZAGROŻONE WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM LUB UBÓSTWEM** |  |
| **Czy w okresie 12 miesięcy przed złożeniem formularza podmiot zmniejszył zatrudnienie/dokonał redukcji zatrudnienia?** |  **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Wysokość obrotów za rok 2019 – w złotych** |  |
| **Przychody przedsiębiorstwa za rok 2019 – w złotych** |  |
| **Koszty przedsiębiorstwa w roku 2019 – w złotych** |  |
| **Zysk/strata za rok 2019 – w złotych** |  |
| **Sytuacja finansowa przedsiębiorstwa jest:** | * **bardzo dobra**
* **dobra**
* **ani dobra ani zła**
* **zła**
* **bardzo zła**
 |
| **Czy przedsiębiorstwo zalega z opłatami na ZUS?****Jeżeli tak – proszę podać kwotę** |

|  |  |
| --- | --- |
| **□ TAK** | **□ NIE** |

 |
| **Czy przedsiębiorstwo zalega z zapłatą wynagrodzeń?****Jeżeli tak – proszę podać kwotę** |

|  |  |
| --- | --- |
| **□ TAK** | **□ NIE** |

 |
| **Czy przedsiębiorstwo zalega z podatkami?****Jeżeli tak – proszę podać kwotę** |

|  |  |
| --- | --- |
| **□ TAK** | **□ NIE** |

 |
| **Łączna kwota przeterminowanego zadłużenia** |  |
| **Czy podmiot jest czynnym podatnikiem VAT?** |  **□ TAK** | **□ NIE** |
| **OSOBY WYDELEGOWANE PRZEZ PODMIOT DO UDZIAŁU WE WSPARCIU INKUBACYJNYM I DOTACYJNYM** |
|  | **Imię i nazwisko** | **Telefon** | **Adres e-mail** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **Czy podmiot zatrudni osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczone społecznie, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?** |  **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Czy podmiot uczestniczył w innym projekcie, w ramach którego prowadzono szkolenia dot. zakładania i prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego, w tym spółdzielni socjalnej? (POKL, FIO, inne)**Jeżeli tak, proszę podać rok, tytuł projektu i organizatora**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Informacja o osobach (w szczególności dla których zostanie utworzone miejsce pracy wsparte dofinansowaniem w ramach projektu tj. zagrożonych ubóstwem i wykluczonych społecznie), które będą zatrudnione w przedsiębiorstwie społecznym – proszę wypełnić, jeżeli instytucja na dzień składania formularza rekrutacyjnego może wymienić w/w osoby.**  |
|  | **Imię i nazwisko** | **Czy dla tej osoby zostanie utworzone miejsce pracy wsparte dofinansowaniem w ramach projektu?** [[2]](#footnote-2) |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |
|  |  | **TAK/NIE** |

**Załączniki do formularza:**

1. **Krótki opis rozwoju działalności przedsiębiorstwa społecznego w związku z utworzeniem miejsc pracy dla osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Rekrutacyjnego.**
2. **Zaświadczenie o niezaleganiu wobec ZUS i US lub zaświadczenie o wysokości zaległości z ZUS i/lub US.**
3. **Karta monitoringu PS.**
4. **Sprawozdanie finansowe za ubiegły rok.**

|  |
| --- |
| **Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym****oraz oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania dotacji** na utworzenie nowego miejsca pracy w nowych lub istniejących przedsiębiorstwach społecznych bądź w podmiotach ekonomii społecznej, wyłącznie pod warunkiem przekształcenia tych podmiotów w przedsiębiorstwo społeczne |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o wsparcie**  |

 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o wsparcie**  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych instytucji, którą reprezentuję podanych w formularzu rekrutacyjnym, przez Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych z siedzibą w Poznaniu, przy ul. Góreckiej 115/1 w celu korzystania z prowadzonej przez Stowarzyszenie usługi „Newsletter”. Dane nie będą udostępniane innym odbiorcom. Jestem świadom/świadoma przysługującego mi prawa dostępu do treści danych instytucji, którą reprezentuję oraz możliwość ich poprawiania. Ponadto jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda na przetwarzanie danych instytucji, którą reprezentuję ma charakter dobrowolny i może być wycofana w dowolnym momencie, co skutkować będzie usunięciem adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”. |
|  |

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

Oświadczam, że **podmiot,** który reprezentuję, **jest przedsiębiorstwem społecznym** i spełnia łącznie poniższe warunki (właściwe proszę zaznaczyć):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **KRYTERIUM** | **PODMIOT SPEŁNIA KRYTERIUM/NIE SPEŁNIA – TAK/NIE** |
| 1 | Jest podmiotem **wyodrębnionym** pod względem organizacyjnym i rachunkowym | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 2 | **Podmiot prowadzi działalność:*****Wyjaśnienie:****Podmioty nieprowadzące działalności gospodarczej, a odpłatną pożytku publicznego, oświatową lub kulturalną, muszą prowadzić działalność opartą na ryzyku ekonomicznym.* *Za przedsiębiorstwa społeczne nie można uznać jednostek samorządu terytorialnego i jednostek im podległych prowadzących działalność oświatową lub kulturalną.* | **gospodarczą** zarejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **odpłatną pożytku publicznego** w rozumieniu art. 8 ustawy z dnia 24 kwietnia 2004r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **oświatową** w rozumieniu art. 170 ust. 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. Prawo oświatowe  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **kulturalną** w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 3 | **Celem działalności wskazanej powyżej jest:*****Wyjaśnienie dot. zatrudnienia znajduje się w punkcie 7*** | **Integracja społeczna i zawodowa określonych kategorii osób wyrażona poziomem zatrudnienia tych osób:****1. zatrudnienie co najmniej 50%:*** Osób **zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**, z wyłączeniem osób niepełnoletnich, lub
* osób **bezrobotnych** lub
* osób **z niepełnosprawnościami**, lub
* **absolwentów CIS i KIS**, w rozumieniu art. 2 pkt. 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, lub
* osób **ubogich pracujących,** lub
* osób o**puszczających młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii**, lub
* osób **opuszczających zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich**
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **LUB** |
| **2. zatrudnienie co najmniej 30% osób o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności** w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **LUB** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **realizacja usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, usług opieki nad dzieckiem w wieku do lat 3** zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2016 r. poz. 157) lub **usług wychowania przedszkolnego w przedszkolach lub w innych formach wychowania przedszkolnego** zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, przy jednoczesnej realizacji integracji społecznej i zawodowej osób, o których mowa powyżej, wyrażonej **zatrudnieniem tych osób na poziomie co najmniej 20%** |
| 4 | Jest podmiotem, który **nie dystrybuuje zysku lub nadwyżki bilansowej pomiędzy udziałowców, akcjonariuszy lub pracowników,** ale przeznacza go na wzmocnienie potencjału przedsiębiorstwa jako **kapitał niepodzielny** oraz w określonej części na **reintegrację zawodową i społeczną** lub na **działalność pożytku publicznego prowadzoną** na rzecz społeczności lokalnej, w której działa przedsiębiorstwo***Wyjaśnienie:****1. Oprócz niepodzielności zysku istotny jest wątek przeznaczania środków na:**• integrację/reintegrację społeczną, zawodową, społeczno-zawodową – rozumianą zgodnie z definicją usług aktywnej integracji, o której mowa w Wytycznych (rozdział 3 pkt 29 lit a i b: odbudowa i podtrzymanie umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu (reintegracja społeczna) lub odbudowa i podtrzymanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy na rynku pracy (reintegracja zawodowa))**lub**• na działalność pożytku publicznego - rozumianą zgodnie z art. 3 ust 1 i art. 4 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.* *2. Nie ma wymagań co do wielkości/proporcji środków przeznaczanych z zysku lub nadwyżki bilansowej na reintegrację i działalność pożytku publicznego**3. Dokumenty potwierdzające:**Statut lub inny dokument stanowiący podstawę działalności podmiotu oraz uchwała o podziale zysku lub nadwyżki bilansowej za ostatni rok obrotowy bądź sprawozdanie finansowe.* | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 5 | Podmiot jest **zarządzany na zasadach demokratycznych,** co oznacza, że struktura zarządzania przedsiębiorstwami społecznymi lub ich struktura własnościowa opiera się na **współzarządzaniu w przypadku spółdzielni, akcjonariacie pracowniczym lub zasadach partycypacji pracowników,** co podmiot określa w swoim **statucie lub innym dokumencie założycielskim*****Wyjaśnienie:****1. Struktura zarządzania przedsiębiorstwami społecznymi lub ich struktura własnościowa opiera się na współzarządzaniu w przypadku spółdzielni, akcjonariacie pracowniczym lub zasadach partycypacji pracowników, co podmiot określa w swoim statucie lub innym dokumencie założycielskim**2. Dokumenty potwierdzające:** *Statut lub inny dokument stanowiący podstawę działalności podmiotu*

*lub* * *Inny dokument odpowiedniego organu podmiotu (np. uchwała Walnego Zgromadzenia Członków, uchwała Walnego Zebrania Członków, uchwała Zarządu, regulamin wynagradzania).*
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 6 | ***Wynagrodzenia kadry zarządzającej są ograniczone*** *limitami tj. nie przekraczają wartości, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie****Wyjaśnienie:****1. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie osoby fizycznej z tytułu zatrudnienia, za okres ostatniego roku obrotowego, a w przypadku zatrudnienia trwającego krócej niż rok obrotowy – za okres tego zatrudnienia, nie przekracza 3-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za rok poprzedni**2. Dokumenty potwierdzające:** *Statut lub inny dokument stanowiący podstawę działalności podmiotu*

*lub* * *Inny dokument odpowiedniego organu podmiotu (np. uchwała Walnego Zgromadzenia Członków, uchwała Walnego Zebrania Członków, uchwała Zarządu, regulamin wynagradzania).*
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 7 | Podmiot **zatrudnia w oparciu o umowę o pracę, spółdzielczą umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną co najmniej trzy osoby**, przy zachowaniu **proporcji zatrudnienia** określonych w punkcie 3 (tj. 50% osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub 30 % osób z niepełnosprawnościami umiarkowaną albo znaczną, bądź w przypadku realizacji usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej – 20% osób zagrożonych wykluczeniem społecznym)***Wyjaśnienie:******Odsetek (stan) zatrudnienia*** *jest obliczany od łącznej liczby wszystkich pracowników danego podmiotu, a nie od pracowników zatrudnionych tylko w ramach działalności gospodarczej, odpłatnej pożytku publicznego, oświatowej czy kulturalnej.****Do stanu zatrudnienia nie wlicza się:**** *osób zatrudnionych na umowy cywilno-prawne, które prowadzą działalność gospodarczą*
* *osób zatrudnionych na umowę cywilno-prawną krótszą niż 3 miesiące i obejmującą mniej niż 120 godzin pracy łącznie przez wszystkie miesiące*
* *osób zatrudnionych na mniej niż 1/4 etatu w przypadku zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę lub spółdzielczą umowę o pracę*

***Forma zatrudnienia:*** *umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna* ***Wymiar zatrudnienia:*** *Możliwe jest zatrudnienie na część etatu, jednak ze względu na jakość miejsca pracy nie powinno to być mniej niż 1/4 etatu. Przy ustalaniu poziomu zatrudnienia oblicza się osoby. Nie sumuje się etatów do jednego pełnego, żeby uznać ten jeden etat jako zatrudnienie jednej osoby/jednego miejsca pracy.****Status osoby:*** *Osoba musi posiadać status osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym bądź ubóstwem, tj. bezrobotnej, z niepełnosprawnością, bezdomnej itd. w momencie zatrudnienia w danym podmiocie****.*** ***Dokumenty potwierdzające:***1. *Dokument potwierdzający zgłoszenie osoby do ZUS (ZUS P ZUA)*
2. *Kopia umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej*
3. *Informacja dodatkowa do sprawozdania finansowego, a w przypadku, gdy podmiot zgodnie z obowiązującymi przepisami nie sporządził i nie zatwierdził sprawozdania – dokumentacja za okres od dnia powstania tego podmiotu*
4. *Dokumenty potwierdzające przynależność do wskazanych grup w formie oświadczeń:*
* *przedsiębiorstwa społecznego (zgodnie ze sposobem reprezentacji)*
* *pracowników,*
1. *Dokumentacja pracownicza – teczki osobowe pracowników*
2. *Dokumenty potwierdzające ogólny stan zatrudnienia w podmiocie.*
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 8 | **Stan zatrudnienia w podmiocie na dzień składania oświadczenia (zgodnie z wyjaśnieniem wskazanym powyżej):** | **Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym** - w oparciu **o spółdzielczą umowę o pracę – proszę podać liczbę** |   |
| **Osoby niezagrożone wykluczeniem społecznym** - w oparciu **o spółdzielczą umowę o pracę – proszę podać liczbę** |  |
| **Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym** - w oparciu **o umowę o pracę – proszę podać liczbę** |  |
| **Osoby niezagrożone wykluczeniem społecznym** - w oparciu **o umowę o pracę – proszę podać liczbę** |  |
| **Osoby zagrożone wykluczeniem społecznym** - w oparciu **o umowę cywilnoprawną – proszę podać liczbę** |  |
| **Osoby niezagrożone wykluczeniem społecznym** - w oparciu **o umowę cywilnoprawną – proszę podać liczbę** |  |

**Jednocześnie oświadczam, że dane przedstawione powyżej są prawdziwe oraz że przedsiębiorstwo społeczne posiada dokumentację potwierdzającą spełnianie powyżej wskazanych warunków.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu** |

|  |
| --- |
| **Wypełnia Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych – WOES**  |
| **Data rozpoczęcia udziału w części inkubacyjnej i dotacyjnej – z podaniem podstawy i podpisem** |
| **Rodzaj przyznanego wsparcia**  | **□ wsparcie finansowe - dotacja****□ usługi towarzyszące, w tym:****□ szkolenia z zakresu prowadzenia i rozwijania przedsiębiorstwa społecznego****□ doradztwo** **□ reintegracja społeczna (szkolenia reintegracyjno - motywujące)****□ reintegracja zawodowa (szkolenia zawodowe wg ścieżki wsparcia)****□ wsparcie pomostowe finansowe** |
| **Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa:****□ Tak □ Nie** | **Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia:** |
| **Dodatkowe informacje:**  |

1. Jeżeli podmiot ubiegający się o wsparcie uzyskał pomoc de minimis, zobowiązany jest po otrzymaniu pisma z zaproszeniem
na spotkanie z Komisja Rekrutacyjną dostarczyć oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w roku bieżącym oraz dwóch latach poprzedzających [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)