



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:

PESEL<sup>1</sup>:

**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 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej, 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, założenie lub 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 lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej;
- 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; jest mi wiadome, że do okresu wykonywania działalności gospodarczej nie wlicza się: okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej, okresu przekraczającego łącznie 90 dni przerwy w prowadzeniu działalności z powodu choroby lub korzystania świadczenia rehabilitacyjnego, a także okresu przebywania na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/ojcowskim;
- 8) ☐ **nie podejmę zatrudnienia** w okresie co najmniej 12 miesięcy wykonywania działalności gospodarczej;
- 9) ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** członkiem zarządu, prokurentem, członkiem rady nadzorczej lub likwidatorem spółki kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych;
- 10) ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** prokurentem lub pełnomocnikiem przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną, prowadzącą działalność gospodarczą rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców;
- 11) ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** wspólnikiem spółki jawnej, partnerem lub członkiem zarządu w spółce partnerskiej, komplementariuszem w spółce komandytowej, komplementariuszem

<sup>1</sup> W przypadku braku numeru PESEL należy podać datę i miejsce urodzenia, płeć, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

lub członkiem rady nadzorczej w spółce komandytowo-akcyjnej, prokurentem lub likwidatorem spółki osobowej w rozumieniu ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych;

- 12) ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** dyrektorem w radzie dyrektorów, o której mowa w art. 300<sup>73</sup> ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych.
2. W odniesieniu do zdarzeń, które wystąpiły przed 01.06.2025 r., w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku ☐ **przerwałem(am)** / ☐ **nie przerwałem(am)** z własnej winy szkolenie(a), staż(u), prace(y) interwencyjną(ej), studia(ów) podyplomowe(ych), przygotowanie(a) zawodowe(ego) dorosłych.
3. 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) ☐ **cięży** / ☐ **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.
4. ☐ **Posiadam** / ☐ **Nie posiadam** wpis(u) do ewidencji działalności gospodarczej.
5. ☐ **Posiadam** / ☐ **Nie posiadam** / ☐ **Nie dotyczy** zaległości w opłacaniu składek z tytułu prowadzonej w przeszłości działalności gospodarczej w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych / Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
6. ☐ **Posiadam** / ☐ **Nie posiadam** / ☐ **Nie dotyczy** zaległości w opłacaniu podatków z tytułu prowadzonej w przeszłości działalności gospodarczej w urzędzie skarbowym.
7. ☐ **Będę** / ☐ **Nie będę** / ☐ **Nie dotyczy** ubiegał(a) się z urzędu skarbowego o odzyskanie całości lub części kwoty przeznaczonej na zakup kasy fiskalnej (nie dotyczy wnioskodawcy, który w ramach dofinansowania nie planuje zakupu 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 niewykonywającego innej pracy  
zarobkowej opiekuna osoby niepełnosprawnej)