**ANKIETA DO SZYBKIEJ ANALIZY ZGŁOSZENIA KLIENTA –   
WSPARCIE RZĄDOWE W RAMACH TARCZY ANTYKRYZYSOWEJ**

*Wszelkie otrzymane od Państwa dane traktować będziemy jako poufne i w sytuacji, gdy nie dojdzie do realizacji zlecenia Ankieta i zawarte w niej dane zostaną trwale usunięte.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | | | |
| Data wypełnienia ankiety: | |  | |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko: | |  | |
| PESEL, nazwa i nr dokumentu tożsamości: | |  | |
| Nr telefonu osoby do kontaktu: | |  | |
| E-mail kontaktowy: | |  | |
| Nazwa firmy: | |  | |
| Adres (kod pocztowy, województwo, powiat, gmina, miejscowość, ulica, nr domu/lokalu): | |  | |
| NIP: | |  | |
| Data założenia działalności: | |  | |
| Forma prawna podmiotu (np. JDG, spółka cywilna, sp. z o.o., itp.): | |  | |
| W przypadku spółki cywilnej lub osobowej dane wspólnika (imię, nazwisko, NIP, adres zamieszkania/siedziby): | |  | |
| Wielkość podmiotu (mikroprzedsiębiorca, mały przedsiębiorca, średni przedsiębiorca, inny przedsiębiorca): | |  | |
| Czy prowadzona działalność jest jedynym tytułem do ubezpieczeń społecznych? | | TAK  NIE | |
| Jeśli NIE, to czy występuje zbieg tytułów do ubezpieczeń, np. umowa o pracę i opłacanie ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzonej działalności? Proszę opisać. | |  | |
| Czy prowadziliście Państwo działalność na dzień 31.03.2021? | | TAK  NIE | |
| Czy byliście Państwo zgłoszeni jako płatnik składek ZUS przed 01.11.2020? | | TAK  NIE | |
| Identyfikator gminy (7-cyfrowy), w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę | |  | |
| Właściwy ze względu na siedzibę przedsiębiorcy Powiatowy Urząd Pracy | |  | |
| Właściwy ze względu na siedzibę przedsiębiorcy Wojewódzki Urząd Pracy | |  | |
| Przeważający kod PKD działalności (na dzień 31.03.2021): | |  | |
| Czy zmieniano kod PKD wstecznie po 31.03.2021? | | TAK  NIE | |
| Czy podmiot otrzymał pomoc na ratowanie, która nie została spłacona, lub pomoc na restrukturyzację i nadal podlega planowi restrukturyzacji? | | TAK  NIE  NIE DOTYCZY | |
| Czy na dzień 31.12.2019 i dzień ubiegania się o pomoc podmiot spełniał kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym? | | TAK  NIE | |
| Czy na dzień 31.12.2019 i dzień ubiegania się o pomoc w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo-akcyjnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości kapitału zarejestrowanego? | | TAK  NIE  NIE DOTYCZY | |
| Czy na dzień 31.12.2019 i dzień ubiegania się o pomoc w przypadku spółki jawnej, spółki komandytowej, spółki partnerskiej oraz spółki cywilnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości jej kapitału według ksiąg spółki? | | TAK  NIE  NIE DOTYCZY | |
| Czy na dzień 31.12.2019 i dzień ubiegania się o pomoc jeśli nie jesteś mikro, małym lub średnim przedsiębiorcą - 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? | | TAK  NIE  NIE DOTYCZY | |
| Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc, prowadzi działalność:  a) w sektorze rybołówstwa i akwakultury?  b) w zakresie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?  c) w zakresie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej? | | TAK  NIE  TAK  NIE  TAK  NIE | |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w ww. lit. a lub b, czy jest zapewniona rozdzielność rachunkowa uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy (w jaki sposób – proszę opisać)? | | TAK  NIE  …………………………………………….  ……………………………………………. | |
| Czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na działalność wskazaną w ww. lit. a-c? | | TAK  NIE | |
| Nazwa banku, w którym posiadają Państwo konto firmowe  (nie prywatne) oraz numer rachunku bankowego: | |  | |
| Czy posiadają Państwo profil zaufany? | | TAK  NIE | |
| Czy posiadają Państwo dostęp do platformy PUE ZUS? | | TAK  NIE | |
| Czy posiadają Państwo konto na portalu praca.gov.pl? | | TAK  NIE | |
| Czy Państwa firma posiada powiązania osobowe lub kapitałowe?  **Powiązania osobowe**  Czy osoby Zarządzające Państwa firmą (Członkowie Zarządu, Prokurenci, właściciele, wspólnicy/udziałowcy/akcjonariusze posiadający ponad 25% głosów) – posiadają udziały/akcje w innych podmiotach gospodarczych dających ponad 25% głosów? Lub są osobami Zarządzającymi jeszcze innymi pomiotami?  Czy osoby blisko spokrewnione np. mąż / żona / dzieci prowadzą działalność gospodarczą na tym samym rynku lub rynku pokrewnym.  Jeśli tak prosimy o podanie ich numerów NIP.  **Powiązania kapitałowe**  Czy Państwa firma jest powiązana kapitałowo z innymi przedsiębiorstwami tzn. czy posiada co najmniej 25% udziałów w innych podmiotach gospodarczych lub inne podmioty posiadają ponad 25% udziałów w Państwa firmie?  Jeśli tak prosimy o podanie ich numerów NIP. | | * Powiązania osobowe:   posiada  nie posiada  Numery NIP podmiotów powiązanych:  ...............................................................  ...............................................................   * Powiązania kapitałowe:   posiada  nie posiada  Numery NIP podmiotów powiązanych:  ...............................................................  ............................................................... | |
| Czy Państwa firma odnotowała w 2020/2021 roku spadek obrotów (przychodów ze sprzedaży) i przestój w związku z COVID-19? | | TAK  NIE | |
| Czy Państwa firma **zalegała** / **nie zalegała** z płatnościami podatków i składek na ubezpieczenia społeczne?  *Rozłożenie płatności na raty lub ich odroczenie nie jest uznawane za zaległość.* | | * Na dzień **31.12.2019:**   były zaległości  nie było zaległości   * Na dzień **31.12.2020:**   były zaległości  nie było zaległości   * Aktualnie, **na dzień składania wniosku:**   będą zaległości  nie będzie zaległości | |
| Czy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej naruszono ograniczenia, nakazy i zakazy ustanowione w związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19? | | TAK  NIE | |
| Liczba zatrudnionych osób na umowę o pracę oraz liczba osób zatrudnionych na inne umowy, od których są odprowadzane składki na ZUS | | * **na dzień ubiegania się o pomoc:**   **Umowy o pracę** (z wyłączeniem osób przebywających na urlopach wychowawczych, macierzyńskich, zasiłkach): …….…......................... (liczba pracowników)  **Umowa zlecenie**...................... (liczba osób) | |
| **Przychody ze sprzedaży w 2019, 2020 oraz 2021 roku:**  *Kwotę należy ustalić w oparciu o deklaracje JPK VAT (w przypadku czynnych podatników VAT) lub KPIR (ew. innych dokumentów potwierdzających uzyskany przychód)*  *Zamiast wypełniać poniższe dane mogą Państwo nam przesłać odpowiedni wydruk z Państwa systemu księgowego.* | | | |
| Przychody ze sprzedaży w 2019:  - styczeń 2019: ………………  - luty 2019: ………………  - marzec 2019: ………………  - kwiecień 2019: ………………  - maj 2019: ………………  - czerwiec 2019: ………………  - lipiec 2019: ………………  - sierpień 2019: ………………  - wrzesień 2019: ………………  - październik 2019: ………………  - listopad 2019: ………………  - grudzień 2019: ……………… | Przychody ze sprzedaży w 2020:  - styczeń 2020: ………………  - luty 2020: ………………  - marzec 2020: ………………  - kwiecień 2020: ………………  - maj 2020: ………………  - czerwiec 2020: ………………  - lipiec 2020: ………………  - sierpień 2020: ………………  - wrzesień 2020: ………………  - październik 2020: ………………  - listopad 2020: ………………  - grudzień 2020: ……………… | | Przychody ze sprzedaży w 2021:  - styczeń 2021: ………………  - luty 2021: ………………  - marzec 2021: ………………  - kwiecień 2021: ……………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj pomocy** | **Data otrzymania** | **Kwota otrzymana/przyznana** | **Nazwa i adres podmiotu udzielającego pomoc** |
| **Subwencja PFR 1.0**  **(+ nr umowy)** |  |  |  |
| **Subwencja PFR 2.0**  **(+ nr umowy)** |  |  |  |
| **Umorzenie ZUS za miesiąc ...........................** |  |  |  |
| **Umorzenie ZUS za miesiąc ...........................** |  |  |  |
| **Umorzenie ZUS za miesiąc ...........................** |  |  |  |
| **Umorzenie ZUS za miesiąc ...........................** |  |  |  |
| **Umorzenie ZUS za miesiąc ...........................** |  |  |  |
| **Mikropożyczka z PUP** |  |  |  |
| **Dotacja z PUP** |  |  |  |
| **Dotacja z PUP** |  |  |  |
| **Dofinansowanie dla samozatrudnionego z PUP** |  |  |  |
| **Dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników z PUP** |  |  |  |
| **Dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników z WUP** |  |  |  |
| **Postojowe dla właściciela lub osoby samozatrudnionej** |  |  |  |
| **Postojowe dla właściciela lub osoby samozatrudnionej** |  |  |  |
| **Postojowe dla właściciela lub osoby samozatrudnionej** |  |  |  |
| **Inne** |  |  |  |
| **Inne** |  |  |  |