

Zakaz wjazdu/wyjazdu

Podali Państwo, że w rozpatrywanym okresie co najmniej w przeważającym stopniu byli dotknięci **urzędowym zakazem wjazdu/wyjazdu**.

Proszę podać:

201: Nie mogłem(-am) wykonywać mojej pracy od 16 kwietnia 2021 do 15 maja 2021 we wskazanym okresie (od - do):

Od *

DD.MM.RRRR	
------------	---

do *

DD.MM.RRRR	
------------	---

Powód zakazu wjazdu/wyjazdu - możliwy tylko jeden wybór: *

- 202: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ została zakażona COVID-19.
- 203: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ Republika Austrii nie zezwalała na wjazd do Austrii.
- 204: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki ze względu na przepisy dotyczące kwarantanny.
- 205: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ zaraziłem(-łam) się COVID-19. Załączam urzędowe lub otrzymane od lekarza lub laboratoryjne potwierdzenie mojej choroby (opcja przestania w następnym kroku).
- 206: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ w moim ojczystym kraju oficjalnie zakazano wjazdu z kraju lub nie można było przedostać się do Austrii.

Koszty bieżące

Prosimy o wskazanie powodów **braku możliwości** pokrycia **kosztów bieżących** ze względu na pandemię COVID 19:

Powód spadku wpływów - możliwy tylko jeden wybór: *

- 301: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ została zakażona COVID-19.
- 302: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ Republika Austrii nie zezwalała na wjazd do Austrii.
- 303: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki ze względu na przepisy dotyczące kwarantanny.
- 304: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ zaraziłem(-łam) się COVID-19. Załączam urzędowe lub otrzymane od lekarza lub laboratoryjne potwierdzenie mojej choroby (opcja przestania w następnym kroku).
- 305: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ w moim ojczystym kraju oficjalnie zakazano wjazdu z kraju lub nie można było przedostać się do Austrii.
- 306: Istnieje następujący inny powód braku możliwości kontynuowania mojej działalności zawodowej od czasu kryzysu COVID 19 (należy podać powód; tylko informacje w języku niemieckim mogą być brane pod uwagę):

w przypadku wyboru 306:

- 306: Istnieje następujący inny powód braku możliwości kontynuowania mojej działalności zawodowej od czasu kryzysu COVID 19 (należy podać powód; tylko informacje w języku niemieckim mogą być brane pod uwagę):

Inny powód: *

307: Moje wydatki zawodowe (np. ubezpieczenie społeczne, koszty podróży, koszty agencji) w rozpatrywanym okresie od 16 kwietnia 2021 do 15 maja 2021 wynoszą: *

308 Moje miejsce zamieszkania znajduje się w: *

-- Należy wybrać-- 

309 Jestem żonaty/zamężna lub pozostaję w zarejestrowanym związku partnerskim: *

-- Należy wybrać-- 


-- Należy wybrać --

Tak

Nie

Potwierdzenie

Jak należy rozpatrzyć aktualny wniosek? *

-- Należy wybrać-- 

-- Należy wybrać--

401: Podtrzymuję złożony wniosek.

402: Wycofuję złożony wniosek.

Oświadczenie z mocą przysięgi *

- Oświadczam z mocą przysięgi, że wszystkie informacje zostały podane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oraz zgodnie z prawdą. Niniejszym potwierdzam z mocą przysięgi niniejszy wniosek o wsparcie.
- Mam świadomość, że niekompletne lub nieprawdziwe informacje mogą spowodować odrzucenie wniosku lub konieczność zwrotu wsparcia oraz że mogą pociągać za sobą skutki karne.

Przerwij

Wyślij

Fundusz zapomogowy - dodatkowa analiza

Prosimy o uważne przeczytanie wszystkich informacji zawartych w formularzu i potwierdzenie ich prawdziwości z mocą przysięgi (poprzez kliknięcie „Dalej”).

Jeśli chcą Państwo ponownie sprawdzić lub poprawić podane informacje, należy kliknąć „Wstecz”. Po kliknięciu „Kontynuuj” przesyłają Państwo swoje dane. Nie można ich później zmienić i stanowią one część wniosku o wsparcie.

Wstecz

Kontynuuj

Republik Österreich

Fundusz zapomogowy

Fundusz zapomogowy - dowody

Podane informacje zostały przyjęte.

lub

Fundusz zapomogowy - dowody dostarczone

Podane informacje zostały przyjęte.

Podali Państwo, że w rozpatrywanym okresie doszło u Państwa do zakażenia COVID-19. Prosimy o przestanie oficjalnego, otrzymanego od lekarza lub laboratoryjnego potwierdzenia choroby poprzez kliknięcie przycisku „Dalej do przesyłania dowodów”.

Dowód można zeskanować lub sfotografować. Dopuszczalne formaty to JPG, PNG lub PDF, maksymalny rozmiar dokumentu wynosi 5 MB. Można przesać maksymalnie 5 dokumentów.

Wskazówka: Dowód można przesać też później: LINK. Mają Państwo na to maksymalnie 72 godziny. Otrzymają Państwo ten link wraz z tokenem bezpieczeństwa (kodem) również w wiadomości e-mail, która zostanie wkrótce wysłana na podany adres e-mail.

[Dalej do przesyłania dowodów](#)

Fundusz zapomogowy - przesyłanie

Kod do przesyłania dowodów *

cBqJ-YgF2N4fcrAafEqdtw2CWH0K8bzgdZemFn587Tc

Prosimy o przestanie oficjalnego, otrzymanego od lekarza lub laboratoryjnego potwierdzenia.

Dozwolone są następujące formaty: JPG, PNG i PDF o maksymalnym rozmiarze 5 MB, możliwe jest przesłanie maksymalnie 5 dokumentów.



Przerwij

[Prześlij dowody](#)

Fundusz zapomogowy - dowody przekazane

Przesłane dokumenty zostały przekazane. Dołożymy wszelkich starań, aby szybko je rozpatrzyć.

Przykładowy formularz

Fundusz zapomogowy: Analiza kryteriów kwalifikowalności

Nadal brakuje obowiązkowych informacji lub dane w poszczególnych polach są nieprawidłowe. Prosimy o sprawdzenie wprowadzonych informacji i spróbowanie ponownie.

Kod *

TbfqAR6ZKXD80-9FN0IAagVZ580P53hURm6HGou-17w

Data urodzenia *

DD.MM.RRRR



Data urodzenia: To pole jest wymagane.

Mój numer identyfikacji podatkowej ¹ *

XX XXX/XXXX

Numer identyfikacji podatkowej: To pole jest wymagane.

Mój numer ubezpieczenia społecznego (e-card)

XXXXTTMMJJ

Mój numer ubezpieczenia społecznego (e-card): To pole jest wymagane.

Należy wprowadzić 4 ostatnie cyfry numeru IBAN podanego we wniosku *

XXXX

Należy wprowadzić 4 ostatnie cyfry numeru IBAN podanego we wniosku: To pole jest wymagane.

Dalej do analizy

¹ Numer identyfikacji podatkowej znajduje się na decyzji o wymiarze podatku dochodowego. Należy podać własny numer identyfikacji podatkowej, a nie numer identyfikacji podatkowej firmy - tylko wtedy Państwa wniosek może zostać rozpatrzony. Numer identyfikacji podatkowej składa się z 2-cyfrowego numeru urzędu skarbowego i 7-cyfrowego numeru identyfikacji podatkowej. Przykład: 12 123/4567. Pierwsze dwie cyfry (12) oznaczają właściwy urząd skarbowy (przykład dla drugiej dzielnicy Wiednia).

Fundusz zapomogowy: Analiza kryteriów kwalifikowalności

Nadal brakuje obowiązkowych informacji lub dane w poszczególnych polach są nieprawidłowe. Prosimy o sprawdzenie wprowadzonych informacji i spróbowanie ponownie.

Imię Nazwisko - 2021/XXXXXXX | 16.04.2021 - 15.05.2021

Złożyli Państwo wniosek o wsparcie z funduszu zapomogowego 2021/1169215 | 16.04.2021 do 15.05.2021.

Wsparcie z funduszu zapomogowego jest możliwe tylko wtedy, gdy ma lub miało miejsce wyraźne zagrożenie, które wystąpiło w związku z COVID-19. W Państwa przypadku przeprowadzona zostanie dalsza analiza kryteriów kwalifikowalności.

Prosimy o odpowiedź na pytania zawarte w formularzu najpóźniej do 26.07.2021.

Szczegółowe informacje na temat formularza w kilku językach można znaleźć w FAQ 88.

Jeśli formularz nie zostanie wypełniony lub nie zostanie wypełniony i wysłany w całości w ciągu 42 dni, nie będzie można sprawdzić wymogów finansowania, a wniosek będzie musiał zostać odrzucony.

Zwracamy uwagę, że podanie błędnych informacji będzie pociągać za sobą skutki karne.

W przypadku stwierdzenia niespełniania wymogów finansowania należy wybrać w odpowiedzi na pytanie „Jak należy rozpatrzyć aktualny wniosek?” odpowiedź „402: Wycofuję złożony wniosek”. Tym samym wycofują Państwo złożony wniosek. Mogą Państwo także spłacić już otrzymane wsparcie (kontakt - p. FAQ 4²).

W sprawach dotyczących wsparcia zastosowanie mają wytyczne Federalnego Ministra Finansów w porozumieniu z Wicekanclerzem oraz Federalnym Ministrem Cyfryzacji i Lokalizacji Biznesu zgodnie z ustawą o funduszu zapomogowym na podstawie ustawy o wspieraniu MŚP, Federalny Dziennik Ustaw. Nr 432/1996 w zaktualizowanej wersji.

² W przypadku stwierdzenia, że podali Państwo nieprawidłowe informacje podczas składania wniosku o zapomogę lub że nie są Państwo w stanie spełnić innych zobowiązań wynikających z wytycznych, należy to zgłosić za pomocą poniższego formularza (Nieprawidłowe informacje - prośba o anulowanie wniosku o wsparcie z funduszu zapomogowego) właściwej izbie gospodarczej. Należy pamiętać o podaniu numeru sprawy (GFID) wniosku oraz nieprawidłowych informacji. Numer sprawy (GFID) znajduje się w temacie potwierdzenia przyznania wsparcia w odpowiedzi na wniosek.

Jeśli podane przez Państwa informacje doprowadziły do niezgodnej z prawem wypłaty wsparcia, odliczymy niestuszenie wypłaconą kwotę zapomogi od otrzymanych w przyszłości zgodnie z prawem zapomóg lub zażądamy jej zwrotu. Po sprawdzeniu podanych informacji powiadomimy Państwa dodatkowo o dalszym postępowaniu, tzn. czy i w jaki sposób należy dokonać zwrotu niestuszenie otrzymanej wypłaty wsparcia.

Spadek sprzedaży

Stwierdził Państwo spadek sprzedaży o co najmniej 50% w stosunku do tego samego okresu w roku poprzednim.

Proszę podać:

101: W okresie od 01 kwietnia 2019 do 30 kwietnia 2019 r. otrzymałem(-am) następujące wpływy w związku z wykonywaniem pracy (kwota bez podatku obrotowego): *

Wpływy: To pole jest wymagane.

102 W okresie od 01 kwietnia 2019 do niedziela, 30 czerwca 2019 r. otrzymałem(-am) następujące wpływy w związku z wykonywaniem pracy (kwota bez podatku obrotowego): *

Wpływy w kwartale porównawczym: To pole jest wymagane.

Zakaz wjazdu/wyjazdu

Podali Państwo, że w rozpatrywanym okresie co najmniej w przeważającym stopniu byli dotknięci urzędowym zakazem wjazdu/wyjazdu.

Proszę podać:

201: Nie mogłem(-am) wykonywać mojej pracy od 16 kwietnia 2021 do 15 maja 2021 we wskazanym okresie (od - do):

Od *

do *

Od: To pole jest wymagane.

Do: To pole jest wymagane.

Powód zakazu wjazdu/wyjazdu - możliwy tylko jeden wybór: *

- 202: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ została zakażona COVID-19.
- 203: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ Republika Austrii nie zezwalała na wjazd do Austrii.
- 204: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki ze względu na przepisy dotyczące kwarantanny.
- 205: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ zaraziłem(-łam) się COVID-19. Załączam urzędowe lub otrzymane od lekarza lub laboratoryjne potwierdzenie mojej choroby (opcja przestania w następnym kroku).
- 206: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ w moim ojczystym kraju oficjalnie zakazano wjazdu z kraju lub nie można było przedostać się do Austrii.

Powód zakazu wjazdu/wyjazdu: To pole jest wymagane.

Koszty bieżące

Prosimy o wskazanie powodów **braku możliwości** pokrycia **kosztów bieżących** ze względu na pandemię COVID 19:

Powód spadku wpływów - możliwy tylko jeden wybór: *

- 301: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ została zakażona COVID-19.
- 302: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ Republika Austrii nie zezwalała na wjazd do Austrii.
- 303: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki ze względu na przepisy dotyczące kwarantanny.
- 304: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ zaraziłem(-łam) się COVID-19. Załączam urzędowe lub otrzymane od lekarza lub laboratoryjne potwierdzenie mojej choroby (opcja przestania w następnym kroku).
- 305: Nie mogłem(-am) opiekować się osobą wymagającą opieki, ponieważ w moim ojczystym kraju oficjalnie zakazano wyjazdu z kraju lub nie można było przedostać się do Austrii.
- 306: Istnieje następujący inny powód braku możliwości kontynuowania mojej działalności zawodowej od czasu kryzysu COVID 19 (należy podać powód; tylko informacje w języku niemieckim mogą być brane pod uwagę):

Powód spadku wpływów: To pole jest wymagane.

w przypadku wyboru 306:

- 306: Istnieje następujący inny powód braku możliwości kontynuowania mojej działalności zawodowej od czasu kryzysu COVID 19 (należy podać powód; tylko informacje w języku niemieckim mogą być brane pod uwagę):

Inny powód:*

Inny powód: To pole jest wymagane

307: Moje wydatki zawodowe (np. ubezpieczenie społeczne, koszty podróży, koszty agencji) w rozpatrywanym okresie od 16 kwietnia 2021 do 15 maja 2021 wynoszą: *

Wydatki na cele zawodowe: To pole jest wymagane.

308 Moje miejsce zamieszkania znajduje się w: *

Miejsce zamieszkania: To pole jest wymagane.

309 Jestem żonaty/zamężna lub pozostaję w zarejestrowanym związku partnerskim: *

Żonaty / zamężna / w zarejestrowanym związku partnerskim: To pole jest wymagane.

Potwierdzenie

Jak należy rozpatrzyć aktualny wniosek? *

-- Należy wybrać--

Wycofywanie/podtrzymywanie: To pole jest wymagane.

Oświadczenie z mocą przysięgi *

- Oświadczam z mocą przysięgi, że wszystkie informacje zostały podane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oraz zgodnie z prawdą. Niniejszym potwierdzam z mocą przysięgi niniejszy wniosek o wsparcie.
- Mam świadomość, że niekompletne lub nieprawdziwe informacje mogą spowodować odrzucenie wniosku lub konieczność zwrotu wsparcia oraz że mogą pociągać za sobą skutki karne.

Przerwij

Wyślij

Komunikat o błędzie - kod wygaś

Republik Österreich Fundusz zapomogowy

Fundusz zapomogowy: Analiza kryteriów kwalifikowalności

Podany kod wygaś.

Prośba o nowy link