



.....
(pieczęć firmowa Organizatora)

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYNAGRODZENIA ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO, KTÓRY UKOŃCZYŁ 50. ROK ŻYCIA

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021r., poz. 1100 z późn. zm.)

I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:

1. Pełna nazwa organizatora
2. Adres siedziby organizatora
3. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora i podpisania umowy
4. Telefon, fax, e-mail
5. NIP REGON PKD 2007
6. Forma organizacyjno-prawna
(przedsiębiorstwo państwowe, osoba prawna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka akcyjna, z.o.o., cywilna, jawna itd.)
7. Data rozpoczęcia działalności
8. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe
9. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc
(mikro, mały średni, inny)
10. Rachunek bankowy, na który ma być przekazane dofinansowanie
11. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy (*do stanu zatrudnienia nie wlicza się osób zatrudnionych w ramach umowy: o pracę młodocianych, o pracę nakładczą młodocianych – przyuczenie do zawodu, o dzieło, zlecenie, odbywających służbę wojskową, przebywających na urloпах bezpłatnych powyżej 1-go miesiąca, studentów – praktykantów oraz osób przebywających na urloпах macierzyńskich i wychowawczych*)
12.

Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku (analogicznie jak w pkt. 11):

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy, tryb i przyczyna rozwiązania
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

13. Czy w zakładzie było już organizowane subsydiowane zatrudnienie w okresie ostatnich 3 lat (jakie, kiedy, dla ilu bezrobotnych)
-
14. Ile osób zostało zatrudnionych po okresie refundacji i na jak długo?
-

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA:

1. Wnioskuje o dofinansowanie wynagrodzenia dla osoby bezrobotnej przez okres **12/24*** miesiące (zaznaczyć właściwe)

* dofinansowanie wynagrodzenia przysługuje przez okres :

- 12 miesięcy w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat,
- 24 miesięcy w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 60 lat.

2. Nazwa zawodu/ kod zawodu
3. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi (w tym poziom i kierunek wykształcenia:
-
-

4. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia, tj. po **18/36*** miesiącach gwarantujemy dalsze zatrudnienie osoby bezrobotnej skierowanej przez urząd przez okres miesięcy (minimalny wymagany dodatkowy okres zatrudnienia wynosi 1 miesiąc).
*(zaznaczyć właściwe)

Świadomy, że zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art.233 & 1 Kodeksu karnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, a załączone do wniosku dokumenty przedstawiają stan faktyczny na dzień złożenia wniosku.

Pouczenie: Rozpatrzeniu podlegają wnioski kompletne i poprawnie wypełnione

ZAŁĄCZNIKI:

1. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych- załącznik nr 1
2. Oświadczenie Wnioskodawcy – załącznik nr 2
3. Oświadczenie o pomocy de minimis - załącznik nr 3
4. Formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis

.....
(data, pieczętka i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 1**KLAZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu z siedzibą w Wągrowcu ul. Kolejowa 22, kod pocztowy 62-100, e-mail: powa@praca.gov.pl, tel. 67 26 21 081.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Pan Krzysztof Pukaczewski, e-mail: pukaczewski@hotmail.com.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych w zakresie przewidzianym przepisami prawa.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (w szczególności: Ustawa-Kodeks postępowania administracyjnego, Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawa prawo zamówień publicznych) jest obligatoryjne.

.....
(data, pieczętka i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

(niepotrzebne skreślić)

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 KK „ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są **zgodne/niezgodne*** ze stanem faktycznym.
2. **Spełniam/nie spełniam*** warunki o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018 poz.362 z późn. zm.).
3. **Nie zalegam/ zalegam*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłaceniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych.
4. **Nie byłem/ byłem*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.
5. **Nie toczy/ toczy*** się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego.
6. Zapoznałem się i **spełniam warunki**, o których mowa w rozporządzeniu Komisji(UE) Nr 1407/2013 z 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz.L 352 z 24.12.2013,str.1).

ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY

Zobowiązuję się do:

1. Niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
2. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.
3. Zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej minimum przez okres objęty refundacją oraz utrzymanie w zatrudnieniu skierowanej osoby bezrobotnej przez odpowiednio 7 lub 13 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.
4. Przestrzegania w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i przepisów wewnątrzzakładowych.

.....
(data, pieczętka i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 par. 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. Dz.U. z 2020 poz.1444 z późn.zm. – Kodeks karny):

Oświadczam, że

.....

(pełna nazwa Organizatora, NIP i REGON)

w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych **nie uzyskałem** pomocy publicznej de minimis*

w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych **uzyskałem** pomoc publiczną de minimis*. Proszę wypełnić poniższą tabelę

(wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy de minimis w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych).

*(zaznaczyć właściwe)

Lp.	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie	Data udzielenia pomocy(dzień-miesiąc-rok)	Wielkość pomocy brutto	
				W PLN	W EUR
1					
2					
3					
4					
5					
łącznie wartość pomocy de minimis					

.....
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy)