



/miejscowość, data/

/pieczęć Pracodawcy/

ADNOTACJE URZĘDOWE

wniosek nr: CRZP.III.615.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE WYNAGRODZENIA ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO
BEZROBOTNEGO, KTÓRY UKOŃCZYŁ 50 ROK ŻYCIA LUB POSZUKUJĄCEGO PRACY**

Na zasadach określonych w art. 141 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

**WNIOSKOWANA LICZBA BEZROBOTNYCH LUB POSZUKAJĄCYCH PRACY DO ZATRUDNIENIA: _____ W PEŁNYM
WYMIARZE CZASU PRACY**

I – DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY

1. Nazwa Pracodawcy: _____

Nr telefonu: _____ adres e-mail: _____

2. NIP: _____ - _____ - _____ REGON: _____ KRS _____

3. Adres siedziby pracodawcy: _____

4. Miejsce prowadzenia działalności (adres): _____

5. Adres korespondencyjny: _____

6. Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy: _____

7. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów z PUP : _____

Nr telefonu: _____ adres e-mail: _____

8. Data rozpoczęcia działalności: _____ PKD (przeważające): _____

9. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności: _____

10. Stan zatrudnienia* na dzień złożenia wniosku (liczba pracowników ogółem w przeliczeniu na pełny etat): _____

(Zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą. Do liczby zatrudnionych nie wlicza się osób na urlopach macierzyńskich, wychowawczych, bezpłatnych, młodocianych, odbywających służbę wojskową oraz zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np.: w ramach umów o dzieło, umów zlecenie).*

11. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe: _____

12. Termin realizacji wypłat wynagrodzeń pracowniczych (zaznaczyć właściwe):

☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący ☐ do _____ dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

13. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: _____

		-				-				-				-				-				-							
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

II – INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH

UWAGA!

➤ **Informacje zawarte we wniosku powinny być tożsame z zapisami w ofercie pracy**

1. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie _____ (*) bezrobotnego/ych, który/rzy ukończył/li 50 lat, a nie ukończył/li 60 lat (w przypadku kobiety) lub 65 lat (w przypadku mężczyzny).

2. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie _____ (*) poszukującego/ych pracy, który/rzy ukończył/li 60 lat (w przypadku kobiet) lub 65 lat (w przypadku mężczyzny).

3. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie _____ (*) poszukującego/ych pracy, który/rzy ukończył/li 50 lat **i są opiekunami osób niepełnosprawnych.**

(*) – wpisać liczbę osób

4. Osoby bezrobotne lub poszukujące pracy zostaną zatrudnione w okresie:

od: _____ do: _____ w pełnym wymiarze czasu pracy.

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz poziom i kierunek wykształcenia kierowanych bezrobotnych:

a) wykształcenie: _____

b) specjalność: _____

c) inne dodatkowe kwalifikacje: _____

6. Miejsce świadczenia pracy: _____

7. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:

a) nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów): _____

b) zakres/rodzaj wykonywanych prac: _____

8. Termin i miejsce skierowania bezrobotnych do wykonywania pracy: _____

9. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych lub poszukującego/ych pracy : _____ zł/m-c

III – OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE PRACODAWCY / PRZEDSIĘBIORCY SKŁADAJĄ (PODPISUJĄ) WSZYSTKIE OSOBY REPREZENTUJĄCE WNIOSKODAWCĘ LUB OSOBY NIM ZARZĄDZAJĄCE

1. **Zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia osoby po okresie refundacji:**
 - a. przez okres 6 miesięcy przypadających bezpośrednio po upływie 12 miesięcy, za który przysługiwało dofinansowanie wynagrodzenia bezrobotnego;
 - b. poszukującej pracy przez okres kolejnego 1 miesiąca przypadającego po miesiącu, którego dotyczyła refundacja.
2. **Nie zalegam/zalegam*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. **Nie zalegam/zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
4. **Nie zalegam/zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem podatków.
5. **Nie zalegam/zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
6. Nie toczy się w stosunku do mojego przedsiębiorstwa postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego.
7. **Oświadczam**, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
8. **Spełniam warunki/nie spełniam warunków*** o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
9. **Otrzymałem/nie otrzymałem*** pomoc(y) *de minimis* oraz pomoc(y) *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie trzech poprzedzających lat (w przypadku otrzymania pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie należy dołączyć do wniosku oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy).
10. **Zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną na zasadach *de minimis*.
11. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskałem/uzyskałem*** inną pomoc niż pomoc *de minimis* (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się/kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą *de minimis* należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie).
12. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.
13. **Ja, niżej podpisany/a**, oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu jego rozpatrzenia oraz kontaktu w sprawach związanych z jego realizacją.

Obowiązek informacyjny:

1. Administrator danych osobowych: Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze, plac Krakowski 9, 41-800 Zabrze.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych: iod@pupzabrze.pl.
3. Cel przetwarzania: rozpatrzenie i obsługa złożonego wniosku.
4. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a lub b RODO (zgoda osoby lub niezbędność do wykonania umowy/działań przed umownych).
5. Odbiorcy danych: podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące usługi na rzecz administratora.
6. Okres przechowywania danych: przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa.
7. Prawa osoby, której dane dotyczą: prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
8. Prawo wniesienia skargi: do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

* niepotrzebne skreślić

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam/y własnoręcznym podpisem.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpisy osób reprezentujących lub zarządzających Wnioskodawcą)

Załączniki:

1. Dokument poświadczający formę prawną istnienia firmy (w przypadku spółki cywilnej należy dodatkowo przedłożyć umowę spółki cywilnej)
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (nie dotyczy producenta rolnego).
3. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - załącznik nr 1.
4. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.