……………………………….

(pieczęć wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Gostyniu
ul. Poznańska 200 G**

**63-800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP ……………………………….

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE WYNAGRODZENIA ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO**

**BEZROBOTNEGO, KTÓRY UKOŃCZYŁ 50 ROK ŻYCIA**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskie do pomocy de minimis
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym
5. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury

I. **INFORMACJE PODSTAWOWE O WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy lub przedsiębiorcy ….………………………………..…………..….…….…..……

.………………………………………………………………………………….………….…….............……….

1. Adres siedziby ………………………………………………………………………….……………………
2. Miejsce prowadzenia działalności …………………………...…………...……………..….….……….…
3. Telefon …………………….….……. fax ………….….……… e-mail ………..………….…....…....…..
4. Forma organizacyjno-prawna ……………………………………………………….……………….…….
5. Rodzaj działalności gospodarczej i data rozpoczęcia ……………………………………….….....…...
6. REGON ………………………....…… NIP ………………….……………….PKD…..…...….……..……
7. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………...………..…...… %
8. Numer rachunku bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę, uprawnionych do podpisania umowy:

…….………………………………………………………………………………………………………............................................. *(imię i nazwisko, stanowisko)*

1. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku na umowę o pracę

……..…….…., w tym w przeliczeniu na pełen etat: ………..…….

**II. INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU**

1. Liczba osób bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia (osoby pomiędzy 50-60 rokiem życia) ……..….…….

Dane osób bezrobotnych, które pracodawca zamierza zatrudnić .……………………………………………………………………………………………………….......................................................................
*(imię i nazwisko, PESEL oraz adres kandydatów)*

1. Liczba osób bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia(osoby po 60 roku życia) …………..…...

Dane osób bezrobotnych, które pracodawca zamierza zatrudnić .………………………………………………………………………………………………………............................................. *(imię i nazwisko, PESEL oraz adres kandydatów)*

1. Proponowany okres zatrudnienia:

od ……………………...do………….…..…….tj.na …….………….miesięcy (dot.okresu refundacji)

Dofinansowanie wynagrodzenia przez okres 12 miesięcy w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu przez okres 6 miesięcy + minimalny dodatkowy okres 30 dni po okresie refundacji.

Dofinansowanie wynagrodzenia przez okres 24 miesięcy w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 60 rok życia, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu przez okres 12 miesięcy + minimalny dodatkowy okres 30 dni po okresie refundacji.

1. Deklaruję dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego po zakończeniu okresu refundacji przez okres ………………..…..…….
2. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
	1. nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów) ….…………………………….……………
	2. zakres wykonywanych czynności ……………………………………..…………..…….…………..
3. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
	1. wykształcenie …………………………………………………………………………….…..………...
	2. zawód ………………………………………...……………………………........................................
	3. dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia ……………………………………..…….……..…………...
4. Miejsce wykonywania pracy: …………….……..………………………..……………….….……………

……………………………..……………………………………………………………………….………….

1. Zmianowość ….………, praca w godzinach: od ……….….…….……… do ………………..…….…..
2. Proponowany wymiar czasu: …………………….…………………………………………..…………….
3. Proponowane wynagrodzenie (brutto): …………………………………….…..…………. zł/miesiąc.
4. Termin wypłat wynagrodzenia (zaznaczyć właściwe):
□do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc bieżący,
□do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.
5. Imię, nazwisko i nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z PUP:

……………………………..……………………………………………………………………………….

### DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY.

### Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich dwóch lat), jeżeli tak to proszę podać:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma** | **Nr umowy** | **Liczba miejsc pracy** | **Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy** | **Przyczyny zwolnień pracowników** |
| **Czas nieokreśl.** | **Czas określ.** |
| **Prace interwencyjne** |  |  |  |  |  |
| **Staż, bon stażowy** |  |  |  |  |  |
| **Krajowy Fundusz Szkoleniowy** |  |  |  |  |  |
| **Bon zatrudnieniowy** |  |  |  |  |  |
| **Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy** |  |  |  |  |  |
| **Dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej** |  |  |  |  |  |
| **Dofinansowanie 50+** |  |  |  |  |  |
| **Inne** |  |  |  |  |  |

**III. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Świadomy odpowiedzialności karnej 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 ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie
z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
3. Wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz
w ciągu 2 poprzedzających go lat wynosi …………….…………. euro.
4. Wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi …………….…………. euro.
5. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
6. W ciągu ostatnich 365 dni nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie (zgodnie z art. 36 ust.5f ustawy
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).
7. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego; na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego.
8. Zatrudnienie w ramach dofinansowania wynagrodzenia nie spowoduje zwolnienia innego pracownika.
9. Znane są mi postanowienia ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
10. Zatrudnieni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom.
11. **Otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** decyzję (i)Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
12. Jestem świadom(a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc prac) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

**Ponadto zobowiązuję się do:**

1. Niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
2. Złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy
w Gostyniu otrzymam taką pomoc.
3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. **Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane**. Pracodawca/przedsiębiorca zobowiązany jest do uzupełnienia braków we wniosku terminie 7 dni od dnia wpływu do PUP.

W przypadku nieuzupełnienia wniosek zostanie wycofany z realizacji **bez dodatkowego informowania pracodawcy/przedsiębiorcy**.

1. Umowa pomiędzy Starostą, a pracodawcą lub przedsiębiorcą ubiegającym się o dofinansowanie do wynagrodzenia dla osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia zawierana jest niezwłocznie po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku. Niepodpisanie umowy w terminie 1 miesiąca od otrzymania powiadomienia traktowane będzie jako rezygnacja ze środków.
2. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w PUP, pomoc nie będzie udzielana na zatrudnienie osoby bezrobotnej, która w okresie ostatnich 2 lat była zatrudniona lub wykonywała inną pracę zarobkową „oskładkowaną” u tego pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres dłuższy niż 3 miesiące lub pracowała w firmie powiązanej osobowo lub kapitałowo z wnioskodawcą lub z członkami najbliższej rodziny.
3. Refundacja będzie udzielona w pierwszej kolejności pracodawcy lub przedsiębiorcy, **który ma siedzibę i miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego na terenie powiatu gostyńskiego.**
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu w celach związanych ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie wynagrodzenia dla osoby powyżej 50 roku życia zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **RODO**.

 *………………….., dnia ………………………. …………………………………………………………..
 podpis i pieczątka wnioskodawcy*

**Załączniki do wniosku:**

1. Uwierzytelniona kserokopia dokumentu poświadczającego formę organizacyjno−prawną pracodawcy lub przedsiębiorcy np. KRS (okres ważności 3 miesiące), wydruk z CEIDG.
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu pracodawcy lub przedsiębiorcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów. Pełnomocnictwo powinno być sporządzone w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem.
3. W przypadku, gdy pracodawcą jest spółka cywilna należy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
4. W przypadku gdy miejsce wykonywania pracy jest inne niż wynika to z dokumentacji wnioskodawcy (np. z KRS-u) należy dołączyć do wniosku dokument potwierdzający prawo do lokalu, budynku lub nieruchomości (np. aktualny odpis z księgi wieczystej, umowa najmu).

W przypadku gdy wnioskodawca jest beneficjentem pomocy publicznej dołącza dodatkowo:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
2. Oświadczenie (załącznika nr 1 do wniosku) o wielkości pomocy de minimis wraz ze wszystkimi zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis jakie wnioskodawca otrzymał w danym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat (zaświadczenia do wglądu pracownika Powiatowego Urzędu Pracy w Gostyniu).