



**POWIATOWY URZĄD PRACY
WE WŁODAWIE**
ul. Niecała 2 22-200 Włodawa tel. (082) 5725-240
fax. (82) 5724-043
e-mail sekretariat@pup.wlodawa.pl
www.wlodawa.praca.gov.pl



.....
pieczęć firmowa wnioskodawcy

.....
miejsowość data

**POWIATOWY URZĄD PRACY
WE WŁODAWIE**

Wniosek
o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego,
który ukończył 50 rok życia

na zasadach określonych w:

- ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2024 poz. 475 t.j.);
- ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U.2018.362);
- rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1),
- rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013r., str.9)
- rozporządzeniu Komisji (UE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art.87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniającego rozporządzenia nr 1860/20114 (Dz.Urz.UE L193 z 25.07.20117 str.6).

Część „A”

a) Pełna nazwa wnioskodawcy

.....
.....

b) Adres siedziby firmy

c) Miejsce prowadzenia działalności

.....

d) Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności (wpis do ewidencji, rejestr w sądzie lub inne)

e) Dane identyfikacyjne:

REGON -.....

NIP -.....

PKD -.....

f) Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe%

- g) Nazwa banku i nr konta bankowego
-
- h) Nazwisko, stanowisko służbowe, dane kontaktowe osoby do kontaktu:
-
- i) Liczba zatrudnionych pracownikówogółem oraz w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

Część „B”

1. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych, których wnioskodawca zamierza zatrudnić w ramach refundacji w pełnym wymiarze czasu pracy.....:
2. Wnioskowany okres dofinansowania (proszę zaznaczyć wybraną opcję):
 - 12 miesięcy – w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat;
 - 24 miesiące – w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 60 lat.
3. Zobowiązuję się do (właściwie zaznaczyć):
 - zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres min. 18 miesięcy w przypadku dofinansowania przez okres 12 miesięcy;
 - zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres min. 36 miesięcy w przypadku dofinansowania przez okres 24 miesięcy;

<i>Lp.</i>	<i>zawód (kod zawodu)</i>	<i>stanowisko</i>	<i>niezbędne lub pożądane kwalifikacje (uprawnienia, staż, itp.)</i>	<i>liczba miejsc</i>	<i>proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto</i>	<i>wiek bezrobo tnego</i>

2. Planowana data zatrudnienia od dnia
3. Miejsce wykonywania pracy (adres)
-
4. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych
-
-
5. Proponowane warunki pracy (zmianowość, godziny pracy)
-
-

**Dofinansowanie przyznane pracodawcy jest udzielane zgodnie z warunkami
dopuszczalności pomocy de minimis.**

Część „C” wypełnia wyłącznie beneficjent pomocy (tj. podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania)

Forma opodatkowania podatkiem dochodowym oraz maksymalna stawka podatku dochodowego*:

- karta podatkowa -.....%
- księga przychodów i rozchodów. - 18%
- księga przychodów i rozchodów - 19%
- księga przychodów i rozchodów - 32%
- pełna księgowość - 18%
- pełna księgowość - 19%
- pełna księgowość - 32%,
- ryczałt od przychodów ewidencjonowanych -.....%,
- inne.....

Część „D”
OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) spełniam warunki**, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 roku, w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U.2014.864),
- 2) spełniam warunki do uzyskania pomocy de minimis**, o których mowa ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.2007.59.404 z późn. zm.)
- 3) prowadzę / nie prowadzę*** działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów: ustawy z dnia 6 marca 2018 Prawo przedsiębiorców (Dz.U.2018.646 z dnia 2018.03.30).
- 4) zalegam / nie zalegam*** z wypłaceniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacanie w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz zaliczek na podatek dochodowy;
- 5) zalegam / nie zalegam*** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych (opłaty, podatki inne, których obowiązek uiszczania wynika z przepisów prawnych);
- 6) posiadam/ nie posiadam*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
- 7) w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku (zgłoszenia oferty pracy) zostałem/ nie zostałem*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **jestem/ nie jestem*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
- 8) jestem/ nie jestem*** podmiotem zobowiązanym zgodnie z ustawą o rachunkowości do sporządzania sprawozdań finansowych.
- 9) wypełniłem** swój obowiązek informacyjny przewidziany w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu złożenia niniejszego wniosku.

Oświadczam, że wszelkie dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
pieczętka imienna i podpis wnioskodawcy
* niewłaściwe skreślić

NIEZBEDNE ZAŁĄCZNIKI:

1. Dokument stanowiący podstawę funkcjonowania Wnioskodawcy (np. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, odpis **aktualny** z rejestru przedsiębiorców KRS z ostatnich 3 miesięcy lub inny dokument określający zasadę funkcjonowania wnioskodawcy).
2. W przypadku przedsiębiorców działających w formie spółki cywilnej - umowa spółki cywilnej.
3. Wypełniony Formularz o pomocy de minimis stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października tj. Dz.U.2018.362.
4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.

Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem!

Szczegółowa klauzula informacyjna dla pracodawcy o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy we Włodawie w związku z realizacją wniosków składanych do PUP Włodawa

Wypełniając obowiązki określone w art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U.UE z 2016 r., L.119, poz.1) zwanego dalej Rozporządzeniem, informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy we Włodawie, Niecała 2, 22-200 Włodawa, Tel. (82) 57-25-240, e-mail: sekretariat@pup.wlodawa.pl.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora;
3. Pani/Pana dane przetwarzane będą zgodnie z przepisami Rozporządzenia w celu realizacji Wniosku o organizowanie prac interwencyjnych i umowy o organizację i finansowanie prac interwencyjnych na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2024 poz. 475 t.j.), ustaw nakładających inne zadania, obowiązki i prawa, przepisów wykonawczych do tych ustaw.
4. Pani/Pana dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c, e Rozporządzenia - przetwarzanie jest niezbędne do:
 - 1) wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
 - 2) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
 - 3) wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3 Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. Firma SYGNITY S.A. z siedzibą w Warszawie;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów dla jakich zostały zebrane wskazanych w pkt 3, a po tym czasie do momentu wygaśnięcia obowiązku ich archiwizacji zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne, ale nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji dokumentacji t. j. od 2 do 50 lat.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - 1) dostępu do treści swoich danych,
 - 2) sprostowania (poprawienia) danych osobowych,
 - 3) ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - 4) przenoszenia danych osobowych,
 - 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych przez Administratora.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe i niezbędne do realizacji ww. Wniosku, wykonania umowy i/lub wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości korzystania z tej formy wsparcia.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu i nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.