

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
UL. WYZWOLENIA 17
41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE

.....
(pozycja rejestru zgłoszeń)

WNIOSEK
O ZAWARCIE UMOWY O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA WYNAGRODZENIA
ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO POWYŻEJ 50 ROKU ŻYCIA LUB POSZUKUJĄCEGO
PRACY, KTÓRY UKOŃCZYŁ 60 LAT – W PRZYPADKU KOBIET LUB 65 LAT W PRZYPADKU MĘŻCZYZN

Na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620),, Ustawie o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 468); Ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r., poz. 236); Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.); 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 24.12.2013 r., str. 9, z późn. zm.); Rozporządzeniu Komisji (WE) 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 zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007 r.); Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 ze zmianami); Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810).

I. 1. Nazwa zakładu pracy.....

- adres siedziby.....

- miejsce prowadzenia działalności.....

- tel..... e-mail.....

- REGONNIP.....PKD.....

- dokument określający status prawny firmy:

- forma prawna prowadzonej działalności.....

- rodzaj prowadzonej działalności:

.....data rozpoczęcia.....

2. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy:

.....
/nazwisko i imię/

.....
/stanowisko/

.....
/nazwisko i imię/

.....
/stanowisko/

II. Dane dotyczące organizacji stanowiska pracy

Nazwa stanowiska	Ilość miejsc pracy	Wymagane kwalifikacje				Przewidywany okres refundacji: -12 miesięcy - bezrobotny, który ukończył 50. rok życia - od 1 do 6 miesięcy - poszukujący pracy, który ukończył 60 lat – w przypadku kobiety lub 65 lat - w przypadku mężczyzny	Wynagrodzenie miesięczne (brutto)	Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego
		Wykształcenie	Staż pracy	Dodatkowe kwalifikacje konieczne	Dodatkowe kwalifikacje mile widziane			
	1							

Proponowana część wynagrodzenia do refundacji (nie więcej niż połowa minimalnego wynagrodzenia):.....

1. Po okresie refundacji zapewniam zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę:

(min. 6 miesięcy - bezrobotny, który ukończył 50. rok życia, a nie ukończył 60 lat – w przypadku kobiety lub 65 lat – w przypadku mężczyzny, min. 1 miesiąc po każdym miesiącu refundacji - poszukujący pracy, który ukończył 60 lat – w przypadku kobiety lub 65 lat - w przypadku mężczyzny)

Czas określony			Czas nieokreślony	
Nazwa stanowiska	Ilość	Okres	Nazwa stanowiska	Ilość
	1			1

2. Informacje dotyczące zatrudnienia osób bezrobotnych:

- godziny pracy- zmianowość

.....

/miejsce wykonywania pracy /adres/

- rodzaj pracy.....

III. OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Na dzień złożenia wniosku zatrudniam pracowników (w przeliczeniu na pełny etat) .

2. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, proszę podać liczbę zwolnionych pracowników i przyczynę zwolnień:

a) dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy.....

b) niepełnosprawności.....

c) przejścia na emeryturę z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego.....

d) dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy.....

e) zgodnego z prawem zwolnienia za naruszenie obowiązków pracowniczych.....

f) redukcja etatu.....

3. Dotychczas korzystałem ze środków Funduszu Pracy – (TAK / NIE) w formie:.....

.....
(prac interwencyjnych, organizowania stażu, dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej, wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, programu specjalnego, pożyczki, itp.)

IV. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

1. Skierowani bezrobotni / poszukujący pracy otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
2. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia 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** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenia zdrowotne
4. **Nie zalegam** z opłacaniem innych danin publicznych.
5. **Nie toczy się** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
6. **Nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
7. **Nie byłem/am skazany/a** w okresie ostatnich 2 lat przed dniem złożenia wniosku 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 i 1228), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2024 r., poz. 628,850,879,1685 i 1721) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
8. Oświadczam, że w okresie obejmującym pełne 3 lata wstecz od złożenia wniosku **otrzymałem / nie otrzymałem*** euro środków stanowiących pomoc de minimis.
9. **Spełniam / nie spełniam*** warunki odnoszące się do dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej oraz niezwłocznie powiadomię o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
10. **Wyrażam zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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.
11. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **został skazany / nie został skazany*** prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **jest objęty / nie jest objęty*** postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
12. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskał / uzyskał*** 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.
13. Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich ul. Wyzwolenia 17, 41-103 Siemianowice Śląskie do Krajowego Rejestru Długów Biura Informacji Gospodarczej SA o ujawnienie informacji gospodarczych podmiotu, który reprezentuję.

Oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, że dane zawarte w powyższych oświadczeniach są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

V. ZAŁĄCZNIKI:

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc DE MINIMIS.**
2. Kserokopia umowy spółki cywilnej potwierdzona za zgodność z oryginałem (**dot. tylko spółek cywilnych**).

.....
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

UWAGA:

1. **Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.**
2. **Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią organizatora.**