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

*/pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy/ /miejscowość, data/*

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

*/obowiązujący od 2019r./*

*Podstawa prawna:*

* *ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r , poz. 1265 z późn. zm. i 1149).*
* *rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w 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)*
* *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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9)*
* *Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 w sprawie stosowania art. 107 i 108 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014).*
* *ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r. poz. 362).*

# I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy ................................................................................................................................
2. Adres siedziby Pracodawcy/Przedsiębiorcy ....................................................................................................................
3. Miejsce prowadzenia działalności ...................................................................................................................................
4. Forma organizacyjno – prawna Pracodawcy/Przedsiębiorcy ..........................................................................................
5. Data rozpoczęcia działalności..........................................................................................................................................
6. Regon \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , NIP \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ , EKD / PKD \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_
7. Nr rachunku bankowego Pracodawcy/Przedsiębiorcy:

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

1. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) ......................
2. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do podpisania umowy .................................................

.............................................................................................................................................................................................

1. Imię, nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z tut. Urzędem...................................................................................

11. Telefon ................................................. Faks .................................................E–mail ..................................................

***II.* INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA WYNAGRODZENIA**

1. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie …………… bezrobotnego/ych , który/e ukończył/y 50 lat, a nie

*(liczba osób)*

ukończył/y 60 lat.

1. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie …………… bezrobotnego/ych , który/e ukończył/y 60 lat.

*(liczba osób)*

1. Nazwa stanowiska pracy ………………………………………………………………………………………
2. Miejsce i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

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

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

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi (w tym poziom i kierunek wykształcenia):

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

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

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych: …………………….zł/m-c .
2. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia: ……………………………zł/m-c .
3. Proponowany okres zatrudnienia – znakiem x proszę zaznaczyć warianty:
   * **refundacja 12 m-cy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 6 miesięcy - osoby 50+.**
   * **refundacja 24 m-ce, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 12 miesięcy – osoby 60+.**

 **dalsze zatrudnienie po okresie wyżej wskazanym na okres ………….…..…….. w ramach**

**umowy ……………………………… z wynagrodzeniem …………..…………dla ……..osoby/osób .**

\*właściwe zakreślić

# III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. W stosunku do Pracodawcy/Przedsiębiorcy nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony

wniosek o likwidację.

1. **Nie zalegam** / **Zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek   
   na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych

1. Wypłata wynagrodzenia następuje w terminie (znakiem **X** proszę zaznaczyć właściwe):

W miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie

W miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

1. **Jestem / Nie jestem\*** beneficjentem pomocy – w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.) **beneficjent pomocy** to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania.

1. **Otrzymałem / Nie otrzymałem**\* pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu

2 poprzedzających go lat.

1. **Otrzymałem / Nie otrzymałem**\* pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się

o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

1. **Otrzymałem / Nie otrzymałem\*** pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów

kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

1. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku, w tym dotyczący otrzymanej pomocy de minimis z innych źródeł.

1. Informacja o stanie zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\*\*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZATRUDNIENIE W OKRESIE 6 MIESIĘCY**  POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU  W PRZELICZENIU  NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY | **Miesiąc / rok** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*\* Ilość osób zatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy i przy pracach sezonowych stanowi części ułamkowe.

Do zatrudnionych zalicza się: osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania   
lub spółdzielczej umowy o pracę, w tymrównież osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych i robót publicznych.

Do zatrudnionych nie wlicza się: osób wykonujących pracę nakładczą, pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy   
o dzieło lub innej umowy cywilnoprawnej.

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy proszę podać przyczyny spadku

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

11. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi ……..... etatu;

.............................................................................

*/podpis i pieczątka Pracodawcy/Przedsiębiorcy*

*lub innej osoby upoważnionej/*

**Załączniki do wniosku:**

1. Zaświadczenia o pomocy de minimis, jakie pracodawca/przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się   
   o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie – załącznik nr 1.
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – załącznik nr 2.
3. **Krajowa oferta pracy –** załącznik nr 3.

**UWAGA: Oświadczenia winny być podpisane przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do wniosku, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.**

W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, zostanie wyznaczony wnioskodawcy   
co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

*\* niepotrzebne skreślić*

*Załącznik nr 1*

. . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . *(pieczęć firmowa Pracodawcy/Przedsiębiorcy) (miejscowość, data)*

# OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY

Oświadczam co następuje:

## …………………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa Pracodawcy / Przedsiębiorcy)*

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej, **nie otrzymałem/am/ / otrzymałem/am1** pomoc publiczną de minimis2 w następującej wielkości:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna jej otrzymania | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | RAZEM: |  |  |

………………………………………………………………

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)*

1. Niepotrzebne skreślić
2. Do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:
3. jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
4. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
5. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
6. jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.