

.....  
/pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy/

.....  
/miejsowość, data/

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

*/obowiązujący od 2024r./*

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

**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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ,PKD \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
7. Nr rachunku bankowego Pracodawcy/Przedsiębiorcy:  
\_\_\_\_\_
8. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) .....
9. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do podpisania umowy .....
10. 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 ukończył/y 60 lat.  
(liczba osób)
2. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie ..... bezrobotnego/ych , który/e ukończył/y 60 lat.  
(liczba osób)
3. Nazwa stanowiska pracy .....
4. Miejsce i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:  
.....  
.....

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

.....  
.....

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych: .....zł/m-c .

7. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia: .....zł/m-c .

8. Proponowany okres zatrudnienia – znakiem x proszę zaznaczyć warianty:

a)

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+.

b)

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.

2. **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

3. 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

4. **Jestem / Nie jestem\*** beneficjentem pomocy – w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej **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.

5. **Otrzymałem / Nie otrzymałem\*** pomoc de minimis w okresie 3 minionych lat (3\*365 dni).

6. **Otrzymałem / Nie otrzymałem\*** pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie 3 minionych lat (3\*365 dni).

7. **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.

8. **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.
9. Informacja o stanie zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\*\*:

<b>ZATRUDNIENIE W OKRESIE 6 MIESIĘCY POPREDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY</b>	<b>Miesiąc / rok</b>					

\*\* 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 tym-również 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 pieczętka Pracodawcy/Przedsiębiorcy  
 lub innej osoby upoważnionej/*

**Załączniki do wniosku:**

1. Zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, jakie pracodawca/przedsiębiorca otrzymał w okresie 3 minionych lat (3 \* 365 dni) przed dniem złożenia wniosku albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – 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*

.....  
 /pieczęć firmowa Pracodawcy/Przedsiębiorcy/

.....  
 /miejsowość, data/

### OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC DE MINIMIS

Oświadczam co następuje:

w okresie 3 mienionych lat (3 x 365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej **nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am**<sup>1</sup> pomoc publiczną de minimis 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
<b>RAZEM:</b>							

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
 /data, podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub innej osoby upoważnionej/

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

.....  
(miejsowość, data)

### **KLAUZULA INFORMACYJNA**

Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 i 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8, 32-500 Chrzanów, tel: 32/75 33 800, fax: 32/ 75 33 899, email: krch@praca.gov.pl.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 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) wyznaczył inspektora ochrony danych. Inspektorem danych osobowych jest Pani Ewelina Górecka. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: egorecka@chrzanow.praca.gov.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w celu przyznawania pracodawcy bądź przedsiębiorcy dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia.
4. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od zamknięcia sprawy.
6. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
9. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

.....  
/podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub innej  
osoby upoważnionej/