

.....
(nazwa lub pieczęć Pracodawcy)

....., dnia
(miejscowość)

STAROSTA KOSZALIŃSKI
ZA POŚREDNICTWEM
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
W KOSZALINIE

W N I O S E K

O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE ZATRUDNIENIA WSPIERANEGO
na zasadach określonych w art. 16 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym
(Dz. U. z 2019 r. poz. 217 z późn. zm).

W odniesieniu do beneficjenta pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018 r., poz. 362 z późn. zm.) zastosowanie ma rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z 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)

I. INFORMACJA O PRACODAWCY

1. Nazwa zakładu pracy:

.....

2. Adres siedziby:

.....

3. Miejsce prowadzenia działalności:

.....

4. 4.Telefon.....e-mail

5. Forma organizacyjno – prawna:

6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej

7. PKD..... NIP.....

8. Numer rachunku bankowego:

9. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe w %:

10. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (oprócz właściciela):

11. Osoba odpowiedzialna za kontakt ze strony Pracodawcy:

.....tel.....

12. Dane osób reprezentujących Pracodawcę uprawnionych do podpisania umowy:

.....

II. INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU:

1. Rodzaj wykonywanej pracy oraz wymagania stawiane kandydatom:

Stanowisko	Liczba osób	Wymagane wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe	Proponowany okres zatrudnienia	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Rodzaj (zakres) wykonywanej pracy

UWAGA ! Powiatowy Urząd Pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli Pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.

2. Miejsce i dokładny adres wykonywania pracy w ramach zatrudnienia wspieranego:

.....

3. Wymiar czasu pracy:.....zmianowość:.....

4. System czasu pracy: podstawowy, równoważny (przedłużony do.....godzin), inny* (jaki?.....).

5. Praca w godzinach:

I zmiana od godz. do godz. II zmiana od godz. do godz.

III zmiana od godz. do godz.

6. Proponowane wynagrodzenie brutto

7 System wynagradzania: miesięczny, godzinowy, premiowy, akordowy, prowizyjny, inny*

8. Rodzaj umowy o pracę: na czas nieokreślony, na czas określony do dnia*

*niepotrzebne skreślić

III OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Oświadczam, że:

1. dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
2. w dniu złożenia wniosku **nie zalegam** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych,
3. nie został wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust.3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019r. poz. 869 z późn. zm.),
4. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem(am) / nie zostałem(am)*** ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem / nie jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
5. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy; przysługuje mi prawo wglądu i poprawiania moich danych osobowych 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 ,
7. **jestem beneficjentem pomocy** (podmiot prowadzący działalność gospodarczą) w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018r., poz. 362 z późn. zm.) **TAK / NIE***. W przypadku zaznaczenia negatywnej odpowiedzi wnioskodawcy nie dotyczy punkt 8 niniejszego oświadczenia,
8. spełniam wszystkie przesłanki do udzielenia pomocy de minimis w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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). **Kwota udzielonej pomocy de minimis, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat podatkowych nie przekroczy pułapu pomocy de minimis, pomocy de minimis w sektorze transportu drogowego towarów; nie prowadzę działalności związanej z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich. W roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:**
 - **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
 - **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w sektorze rolnym w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
 - **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
 - **Nie otrzymałem/am* / Otrzymałem/am*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis we wnioskowanym zakresie w wysokości.....zł, co stanowi równowartość.....euro.

Na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP www.sudop.uokik.gov.pl, która zawiera informacje odnośnie wielkości pomocy *de minimis* jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej.

9. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- Wniosek o skierowanie uczestnika CIS do pracy w ramach zatrudnienia wpieranego.
- Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.

POUCZENIE:

1. Podanie we wniosku nieprawdziwych danych może skutkować odpowiedzialnością karną.
2. Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.
3. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku dane w nim zawarte będą stanowiły podstawę zawarcia i realizacji umowy, a niniejszy wniosek będzie stanowił integralną część umowy.
4. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

.....
(podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej**)

* niepotrzebne skreślić

**wniosek winien być podpisany 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.

WYPEŁNIA PUP

1. Wniosek spełnia/nie spełnia wymogi/gów formalne/nych.
2. Pracodawca jest/nie jest beneficjentem pomocy *de minimis*.
3. Pracodawca spełnia/nie spełnia warunki/ków do udzielania pomocy *de minimis*.

Uwagi:

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

.....
(podpis pracownika)