**WNIOSEK**

**O ZAWARCIE UMOWY O DOFINANSOWANIE WYNAGRODZENIA**

**ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO,**

**KTÓRY UKOŃCZYŁ 50 ROK ŻYCIA**

na zasadach określonych w art. 60d ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(tekst jednolity – Dz. U. z 2024r. poz.475 t.j.)

1. **DANE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa firmy …………………………………………………………………………................

2. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………………….

3. Miejsce prowadzonej działalności: …………………………………………………………………...

4. Tel., fax, e-mail …………………………………………………………………………….................

5. Forma prawna ………………………………………………………………………………………...

6. Rodzaj działalności …………………………………………………………………………………...

7. Liczba zatrudnionych pracowników…………………………………………………………………..

8. NIP ……………………, REGON ……………………., PESEL ………………………………...

(dot. osoby fizycznej)

9. Nazwa banku i nr rachunku bankowego: ………………………………………………………...

□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

10. Osoba reprezentująca pracodawcę, wyznaczona do kontaktów z PUP

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

(imię i nazwisko, numer telefonu)

11. Dane osób upoważnionych do podpisania umowy z PUP

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

(imię, nazwisko, stanowisko służbowe)

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH:**

1. Wnioskowana liczba miejsc pracy …………………………………………………………………..

2. Wnioskowany okres dofinansowania wynagrodzenia

* 12 miesięcy\* (w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat) w wysokości nie wyższej niż połowa minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie za każdego skierowanego bezrobotnego, z obowiązkiem dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po upływie okresu przysługiwania dofinansowania wynagrodzenia, przez okres 6 miesięcy.
* 24 miesięcy\* (w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 60 lat) w wysokości nie wyższej niż połowa minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie za każdego skierowanego bezrobotnego, z obowiązkiem dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po upływie okresu przysługiwania dofinansowania wynagrodzenia, przez okres 12 miesięcy.

\* zaznaczyć odpowiednie

3.Wnioskowane stanowiska ……………………………………………………………………………

4.Proponowany okres zatrudnienia od ………………………………………………………………...

5.Miejsce wykonywania pracy…………………………………………………………………………

6.Termin dokonywania płatności wynagrodzenia za skierowanego bezrobotnego:

* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący\*
* do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni\*

…………………………………………

Data, podpis i pieczęć imienna Wnioskodawcy

Załączniki:

1. Oświadczenie pracodawcy
2. Zgłoszenie wolnego miejsca w ramach dofinansowania wynagrodzenia
3. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną Pracodawcy (odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, uchwała, statut itp.) – aktualność dokumentów 6 miesięcy od daty wydania
4. Upoważnienie / pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy, udzielone przez uprawnione osoby, o ile nie wynika z pozostałych załączników
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24.10.2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. poz. 1534)
6. Ewentualnie kserokopię dokumentu potwierdzającego nadanie numeru konta bankowego

Uwagi:

1. Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym miejscu wniosku
2. Kserokopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem
3. Rozpatrzeniu podlegają jedynie wnioski prawidłowo sporządzone, złożone wraz z kompletem wymaganych dokumentów
4. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku
5. Wniosek zostanie rozpatrzony w terminie do 30 dni od daty wpływu

\* zaznaczyć odpowiednie

**Oświadczenie pracodawcy**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań zgodnie z przepisem 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczam, że:

1. Informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

2. Nie toczy się przeciwko firmie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

3. Nie zalegam/(y) z opłatami z tytułu zobowiązań wobec US i ZUS.

4. Nie zalegam/(y) z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.

5. Warunki innych umów zawieranych z organami zatrudnienia zostały dotrzymane.

6. Jestem(śmy)/nie jestem(śmy)\* beneficjentem pomocy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007 r., Nr 59 poz. 404 z późn. zm.).

7. Przyjmuję(my) do wiadomości, że dofinansowanie wynagrodzenia jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis określonych w:

• Rozporządzeniu 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 r.)

• Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 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.)

• Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 czerwca 2014 r.)

• Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. poz. 1543)

• 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)

8. W związku z art. 37 ust. 1 ustawy z dn. 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) oświadczam, że:

˗ w okresie bieżącego roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat otrzymałem(liśmy)/nie otrzymałem(liśmy)\* pomoc de minimis w łącznej wysokości …………....zł (słownie: ……………………………………………………), co stanowi równowartość w euro …………... (słownie:……………………………………………………..)

˗ otrzymałem(liśmy)/nie otrzymałem(liśmy)\* pomoc publiczną w łącznej wysokości…………….. zł (słownie: ………………………………………………..…), co stanowi równowartość w euro (słownie:……………………………………….) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przyznana pomoc de minimis, przeznaczoną na ……………………………………………….................................................................

9. Wyrażam/(y) zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 nr 101, poz. 926, z późn. zm.) w celu realizacji wniosku.

…………………………………………

Data i podpis Wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić