

WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYNAGRODZENIA

zatrudnionych co najmniej w połowie pełnego wymiaru czasu pracy:

- za skierowanego bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej,**
- poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonujących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej,**

na zasadach określonych w art. 143 Ustawy z dnia 20.03.2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jedn. Dz. U. z 2025r., poz. 620)

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Pełna nazwa Pracodawcy
2. Adres siedziby
3. Miejsce prowadzenia działalności.....
4. Nr telefonu....., email.....
5. REGON NIP PESEL
(w przypadku osoby fizycznej)
6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności
7. Rodzaj prowadzonej działalności
8. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby wyznaczonej do kontaktów z PUP w Gliwicach:
..... nr tel.
9. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisywania umów:
..... stanowisko.....
10. W dniu składania wniosku zatrudniam pracowników na umowę o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANIA MIEJSCA ZATRUDNIENIA:

Nazwa stanowiska	Wysokość etatu	Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia	Wnioskowany okres refundacji (od 1 do 6 m-cy)	Okres zatrudnienia (okres refundacji+1/2 okresu refundacji)

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych osób.....
2. Wnioskowana przez Pracodawcę wysokość refundowanych wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych osób
3. Informacje dotyczące zatrudnienia:
 - miejsce wykonywania pracy (adres):
 - niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi:.....
 - rodzaj wykonywanych prac:.....
4. Termin wypłaty wynagrodzenia zatrudnianych osób:
 - do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
 - do 10-go dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.
5. Dane kandydata (imię i nazwisko, PESEL):
.....

.....
data i podpis Wnioskodawcy

odpowiednio zaznaczyć x

Uwagi:

- 1) Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym miejscu wniosku.
- 2) Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.
- 3) Kserokopie dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem na każdej kserowanej stronie.
- 4) W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, Urząd Pracy wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na ich uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
- 5) Urząd Pracy w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku wraz z kompletem wymaganych dokumentów powiadamia wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.

Załączniki:

- 1) Oświadczenie – załącznik nr 1.
- 2) Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
- 3) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
- 4) Upoważnienie/pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy, udzielone przez uprawnione osoby, o ile nie wynika z pozostałych załączników.
- 5) Deklaracja ZUS DRA za ostatni miesiąc.

V. KWALIFIKACJA WNIOSKU – wypełnia PUP

1. Numer wniosku : PUP.SZ-IRP.20....
2. Data wpływu
3. Pomoc de minimis - zgodna z weryfikacją w systemie SHRIMP tak nie
4. ZUS - zgodny z weryfikacją U7 tak nie
5. KAS - zgodny tak nie
6. Data rozpatrzenia.....
7. Ilość przydzielonych miejsc.....

.....
data i podpis Pracownika PUP

OŚWIADCZENIE

- I.
1. **Jestem pracodawcą:**
- z sektora publicznego, którego nie dotyczą przepisy o pomocy publicznej
 - prowadzącym działalność gospodarczą bez względu na formę organizacyjną – prawną oraz sposób finansowania, który podlega przepisom o pomocy publicznej.
2. Przyjmuję/(my) do wiadomości, że refundacja dla osób w szczególnej sytuacji jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis określonych w:
- 1) Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dn. 13.12.2023r w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023.2831),
 - 2) Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dn. 18.12.2013r 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 24.12.2013r),
 - 3) Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dn. 27.06.2014r w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UEL z dn. 28.06.2014r),
 - 4) Rozporządzeniu Rady Ministrów z dn. 29.03.2010r w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024r, poz. 40),
 - 5) Rozporządzeniu Rady Ministrów z dn. 11.06.2010r w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810).
3. W związku z art. 37 ust. 1 ustawy z dn. 30.04.2004r o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2023r, poz. 702), oświadczam/(my), że: * w okresie bieżącego roku, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat otrzymałem(liśmy)/ nie otrzymałem(liśmy)* pomoc de minimis w łącznej wysokościzł (słownie:), co stanowi równowartość w euro (słownie:.....),
4. W związku z art. 7 ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L z 15.12.2023r) oświadczam/(my), że: ** w okresie 3 poprzedzających lat otrzymaliśmy/nie otrzymaliśmy* pomocy publicznej de minimis w łącznej wysokości zł (słownie.....) co stanowi równowartość w euro.....(słownie.....).
UWAGA: przez pojęcie okres trzech poprzedzających lat należy rozumieć okres odpowiadający 1095 dni (3x365 dni) przed dniem złożenia wniosku,
5. Zobowiązuję/(jemy) się do niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
6. Zobowiązuję/(jemy) się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy, otrzymam pomoc de minimis.
- II.
7. Zapoznałem/(liśmy) się z przepisami dotyczącymi wsparcia zatrudnienia osób w szczególnej sytuacji i w pełni je akceptuję/(jemy).
8. Nie toczy się przeciwko firmie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
9. Warunki innych umów zawieranych z organami zatrudnienia zostały dotrzymane.
10. Przyjąłem/(jeliśmy) do wiadomości i akceptuję/(jemy), że skierowane osoby otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.
11. Przyjąłem/(jeliśmy) do wiadomości, że PUP przed udzieleniem formy pomocy pozyskuje za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, od:
- 1) organów Krajowej Administracji Skarbowej – informacje o zaległościach podatkowych;
 - 2) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – informacje o niedopełnieniu przez pracodawcę lub przedsiębiorcę obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych, lub niezgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń;
 - 3) z systemu teleinformatycznego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – informacje o zaległościach z tytułu niezapłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

odpowiednie zaznaczyć x

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia podmiot będący beneficjentem pomocy publicznej

Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych pracodawców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą.

W związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gliwicach, Plac Inwalidów Wojennych 12-14. Administrującym danymi jest Dyrektor PUP Gliwice. Tel. 32 44-42-300, e-mail: sekretariat@pup.gliwice.pl.
- 2) Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w PUP Gliwice: tel. 32 44-42-310, e-mail: iod@pup.gliwice.pl.
- 3) Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie w celu: wsparcia zatrudnienia osób w szczególnej sytuacji zgodnie z Ustawą z dnia 20.03.2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r., poz. 620)
- 4) Moje dane osobowe będą przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PUP Gliwice tj: 10 lat od dnia podpisania umowy o udzielenie dofinansowania, a w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku 5 lat.
- 5) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
- 6) Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 7) Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem ustawowym i jestem zobowiązana/y do ich podania.
- 8) Moje dane osobowe nie będą przekazywane innym odbiorcom danych, niż upoważnionym na mocy przepisów prawa. Mogą być przekazywane organom państwowym, organom egzekucyjnym, organom ochrony prawnej lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem w przypadku, gdy jest to niezbędne do zrealizowania uprawnień lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa (np. Policja, Sąd, Prokuratura, ZUS, US itp.).
- 9) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
- 10) Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....
data i podpis Wnioskodawcy