UWAGA: Wniosek wypełnij w sposób czytelny, wpisując treść w każdym wyznaczonym punkcie. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli poszczególne rubryki nie znajdą w Twoim przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”.

…………………………., dnia .............................

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

pieczęć pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach**

# WNIOSEK o zawarcie umowy o refundację części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w ramach bonu zatrudnieniowego nr …………..………………...

Na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.).

**WNIOSEK DOTYCZY BONU ZATRUDNIENIOWEGO NR …………………………..……………..**

1. Pełna nazwa i adres siedziby wnioskodawcy: ……………………………………….……………..  
   ………………………………………..............................................................................................  
   ………………………………………..............................................................................................  
   ………………………………………..............................................................................................
2. Adres korespondencyjny: ………………………………….………………………………………….
3. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do występowania w imieniu pracodawcy:

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

1. Numer telefonu: ………………..………… adres e-mail: ………………………………..………….  
   adres strony internetowej: …………………………………...……………………….……………….
2. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności wnioskodawcy: ….…………...……….
3. Data rozpoczęcia działalności: …...............................................................................................
4. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym (zaznacz właściwe oraz wpisz stawkę):

 karta podatkowa  księga przychodów i rozchodów ………..%

 pełna księgowość ….……..%  ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

1. NIP: ............................................................... REGON: ............................................................
2. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD: ........................................
3. Nazwa Banku: ……………..……………………………................................................................
4. Numer rachunku bankowego:Miejsce na wpisanie pierwszej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie drugiej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie trzeciej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie czwartej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie piątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie szóstej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie siódmej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie ósmej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dziewiątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dziesiątej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie jedenastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwunastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie trzynastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie czternastej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie piętnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie szesnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie siedemnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie osiemnastej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie dziewiętnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej pierwszej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej drugiej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie dwudziestej trzeciej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej czwartej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej piątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej szóstej cyfry nr rachunku bankowego
5. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc (zaznacz właściwe):

 Mikroprzedsiębiorca  Mały przedsiębiorca  Średni przedsiębiorca  Duży przedsiębiorca

1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ……………………………………..…
2. Termin wypłaty miesięcznego wynagrodzenia (zaznacz właściwe):

* do 30-go danego miesiąca
* do 10-go następnego miesiąca

1. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: ………..……….....…...
2. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ……………..……………………………………………………….………..…...…..….
3. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego (w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności, przedstaw dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu – np. umowa najmu, umowa użyczenia):  
   ………………………………………………………………………………………………………..…
4. Nazwa zawodu i kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów – dostępna na stronie internetowej [www.myslenice.praca.gov.pl](http://www.myslenice.praca.gov.pl)): .……………………………………….………………
5. Nazwa stanowiska pracy: …………………………………………………………………………….
6. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego:

* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* ……………………………………………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko osoby do zatrudnienia wskazanej przez Pracodawcę: …...……………………..
2. Wnioskowany okres zatrudnienia (od – do): ……………………………………………………..….
3. System i rozkład czasu pracy: jedna zmiana/ dwie zmiany/ trzy zmiany/ inne (wpisz jakie):  
   ……………………………………………………………………………………………………………..
4. Godziny pracy (od – do): …………………….………………………………………………………...
5. Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto (miesięcznie w zł): ……………………………...
6. Wnioskowana wysokość refundacji ............... zł, słownie złotych: …..........................................
7. Deklaruję utrzymanie stanowiska pracy przez okres minimum 18 miesięcy.
8. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia, tj. 18 miesięcy deklarujemy dalsze zatrudnienie osoby bezrobotnej skierowanej przez PUP przez okres ……….……… miesięcy w wymiarze czasu pracy ………………………………………………………………………...….…

# Załączniki do złożonego wniosku:

1. Oświadczenie pracodawcy.
2. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis.
3. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
4. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
6. Informację o posiadaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, a w przypadku jego braku, podstawa prawna prowadzenia działalności gospodarczej (ksero potwierdzone za zgodność kopii z oryginałem);

* w przypadku spółki cywilnej dodatkowo dołącz umowę spółki cywilnej,
* w przypadku spółki z o.o., spółki akcyjnej, stowarzyszeń i innych podmiotów podlegających obowiązkowi wpisu do KRS przedłuż aktualny odpis z KRS-u,
* w przypadku szkół, przedszkoli przedłóż akt założycielski szkoły, przedszkola lub pierwsze strony statutu oraz pełnomocnictwo dyrektora szkoły, przedszkola do składania oświadczeń woli,
* pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy udzielone przez osoby uprawnione (nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym, który został przedłożony).

**Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.**

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

……………………..…………………………………

pieczęć, podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

# Opinia doradcy klienta:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…….………………………………………

data i podpis doradcy klienta

# Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:

………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….

data i podpis Dyrektora Urzędu

# Załącznik nr 1

…………………………………

pieczątka pracodawcy

**Oświadczenie**

Oświadczam, że nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości oraz, że w dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. 2022 poz. 1138, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. 2023 poz. 659);
5. nie zmniejszyłem/łam wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem/łam stosunku pracy z pracownikiem w drodze dokonanego przeze mnie wypowiedzenia w okresie ostatnich 3 miesięcy;
6. spełniam warunki określone w: ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 735); rozporządzeniu Komisji UE nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
7. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej   
   w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
8. nie podlegam wyłączeniom wynikającym z art. 1 ust. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023.);
9. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy o refundację prac interwencyjnych dla skierowanego bezrobotnego, otrzymam pomoc publiczną.
10. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

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

pieczęć, podpis pracodawcy lub osoby upoważnionejZałącznik nr 2

Myślenice, dn. ………..………………………...

……………………………………

pieczęć

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS* I POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Oświadczam, iż (zaznacz prawdziwe stwierdzenie wpisująca X w odpowiednią kratkę):

* w okresie trzech minionych lat (tj. 3 x 365 dni) **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w okresie trzech minionych lat (tj. 3 x 365 dni) **uzyskałem/łam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości (proszę wypełnić poniższą tabelę):

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy  (dzień-miesiąc-rok) | Wartość pomocy brutto | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| w PLN | w EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość de minimis** | | | |  |  |

Informuję, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

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

pieczęć, podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

# Załącznik nr 3

Myślenice, dn. ………..………………………...

……………………………………

pieczęć

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia, w przypadku wystąpienia takiego powiązania bądź gdy zostanę objęty sankcjami, o których mowa powyżej od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy oraz w trakcie jej realizacji. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie od wystąpienia zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim.

…………………….…………………………………………………..

Czytelny podpis Wnioskodawcy

Niniejsze oświadczenie służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:

Weryfikacji podmiotu dokonano w dniu ……………………….. wynik: POZYTYWNY/NEGATYWNY

*…………………………………*

podpis pracownika PUP

# Załącznik nr 4

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY

Zgodnie z art. 13 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 (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Drogowców 2,   
   32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-04.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
4. realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
5. realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO;
6. ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
8. Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
9. Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
10. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
11. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
12. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
13. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie na adres siedziby Urzędu lub na adres poczty elektronicznej: [iod@praca.myslenice.pl](mailto:iod@praca.myslenice.pl).

Otrzymałam/em

..…………………………………………

Data i podpis