



Powiatowy Urząd Pracy
w Opocznie

Opoczno, dnia _____

(pieczęć Wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Opocznie**

WnDofWynagr/25/ _____
(wypełnia PUP)

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE WYNAGRODZENIA ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO:

- ☐ bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia, a nie ukończył 60 lat – w przypadku kobiet lub 65 lat – w przypadku mężczyzn lub*
- ☐ poszukującego pracy, który ukończył 60 lat – w przypadku kobiet lub 65 lat – w przypadku mężczyzn*

Podstawa prawna:

- art. 141 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz.. 620)
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 468),
- Rozporządzenie 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 z 2023 r. poz. 2831 z 15.12.2023),
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z 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., str. 9, ze zm.)
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45 z późn. zm.)

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy _____

2. Adres siedziby _____

Miejsce prowadzenia działalności _____

3. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

Imię i Nazwisko

Stanowisko

Imię i Nazwisko

Stanowisko

*właściwe zaznaczyć

4. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do występowania w imieniu wnioskodawcy:

stanowisko _____ tel. _____

5. Numer NIP	REGON	PKD
--------------	-------	-----

6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: _____

7. Adres poczty elektronicznej e – mail: _____

8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego rachunku bankowego w celu wypłaty dofinansowania:

podpis Wnioskodawcy

9. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom

- ☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
- ☐ do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

10. Liczba zatrudnionych pracowników¹ na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu

na pełny wymiar czasu pracy:

¹ Do zatrudnionych pracowników nie zalicza się:

- uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,
- osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia,
- osób przebywających na urloпах wychowawczych oraz bezpłatnych powyżej 30 dni.

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA

☐ **Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie _____ bezrobotnego/ych, który/rzy ukończyli**

50 lat a nie ukończył/i 60 lat (w przypadku kobiety) lub 65 lat (w przypadku mężczyzny)**

1. Okres dofinansowania wynagrodzenia od _____ do _____
2. Osoby bezrobotne zostaną zatrudnione w okresie od: _____ do _____
(12 m-cy dofinansowania oraz kolejnych 6 m-cy. Wnioskodawca deklaruje dalsze zatrudnienie po zakończeniu okresu wskazanego w pkt 2 na okres _____ miesięcy / minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 90 dni)

☐ **Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie _____poszukującego/ych, który/rzy ukończyli**

60 lat (w przypadku kobiety) lub 65 lat (w przypadku mężczyzny)**(umowa o zatrudnienie skierowanego poszukującego pracy jest zawierana na okres do 12 m-cy , przy czym dofinansowanie przysługuje co drugi miesiąc – art. 141 ust. 6 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia)

1. Okres dofinansowania wynagrodzenia _____ (liczba miesięcy dofinansowania)
2. Osoby poszukujące pracy zostaną zatrudnione w okresie od: _____ do _____
3. Miejsce wykonywanych prac _____

4. Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy: _____

5. Proponowane wynagrodzenie dla skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy _____

6. Wnioskowana wysokość dofinansowania _____

7. Wymiar czasu pracy: _____

8. Zmianowość: _____

9. Godziny pracy: _____

10. Szczegółowe dane dotyczące: liczby osób, kwalifikacji, zawodów:

Nazwa stanowiska*	Nazwa zawodu*	Ilość miejsc pracy	Kwalifikacje (wykształcenie, uprawnienia, umiejętności, staż pracy)	
			Niezbędne	Pożądane

*Nazwa stanowiska oraz nazwa zawodu zgodnie ze strukturą klasyfikacji zawodów i specjalności (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) www.psz.praca.gov.pl

****zaznaczyć odpowiednie**

III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

OŚWIADCZAM, ŻE:*

Ubiegam się o pomoc w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej:

☐ TAK

☐ NIE

W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej, proszę o wskazanie właściwego aktu normatywnego, który będzie miał zastosowanie:

- ☐ 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);
- ☐ Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z 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., str. 9 ze zm.);
- ☐ Rozporządzenia 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 dnia 28.06.2014 r. str. 45, ze zm.).

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. W okresie ostatnich 2 lat **byłam/nie byłam, byłem/nie byłem*** prawomocnie skazana/y za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. **Na dzień złożenia wniosku:**
 - a) **zalegam/nie zalegam*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - b) **zalegam/nie zalegam*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
 - c) **zalegam/nie zalegam*** z opłacaniem podatków i innych danin publicznych.
3. **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 z Powiatowym Urzędem Pracy w Opocznie otrzymam pomoc de minimis,
4. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Opocznie zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
5. Podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się/znajduje się*** w grupie podmiotów, jak również, **nie jest/jest*** powiązany osobiście, organizacyjnie, gospodarczo, finansowo z osobami i podmiotami, wykazanymi na Liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne – prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w ustawie z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2024 poz. 507),
6. Podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się/znajduje się*** w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006- wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom,
7. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”

(data)

(podpis Wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

IV. ZAŁĄCZNIKI

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną Wnioskodawcy:

- a) w przypadku podmiotów prowadzących działalność w formie spółek cywilnych – kopie umów wraz z aneksami oraz wydruk z CEIDG wszystkich wspólników
- b) w przypadku jednostek samorządu terytorialnego – np. uchwała, akt założycielski, statut, regulamin itp. wraz z kopią dokumentu powołującego osobę do kierowania jednostką
- c) w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego (aktualny wydruk KRS) – dokument potwierdzający miejsce wykonywania pracy, jeśli jest inny niż siedziba firmy (NIP- 2 lub NIP – 8)
- d) wydruk z CEIDG

W przypadku ustanowienia pełnomocnictwa do reprezentowania – kserokopia pełnomocnictwa

- 2. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach lub stwierdzające stan zaległości – na żądanie Urzędu. (**Okres ważności w/w zaświadczenia wynosi 1 miesiąc od daty wystawienia**)

- 3. **Oświadczenie dotyczy tylko organu wieloosobowego w spółkach osobowych i kapitałowych** (załącznik nr 3 do wniosku)*

4. Beneficjenci pomocy publicznej do wniosku dołączają:**

- a) oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (załącznik nr 1 do wniosku),
- b) formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 2 do wniosku)

*Pracodawca organizujący prace interwencyjne, będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 468), do wniosku dołącza:

- a) wszystkie **zaświadczenia** o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w okresie wskazanym odpowiednio w art. 3 ust. 2 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), art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z 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, str. 9, Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1, Dz. Urz. UE L 275 z 25.10.2022, str. 55 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023) albo art. 3 ust. 2 rozporządzenia 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 28.06.2014, str. 45, Dz. Urz. UE L 414 z 09.12.2020, str. 15, Dz. Urz. UE L 326 z 21.12.2022, str. 8 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023) albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
- b) informacje, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 2 albo ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

pieczęć i podpis Wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA INNYCH OSÓB I PODMIOTÓW
WSPÓŁPRACUJĄCYCH
Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W OPOCZNIE**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) i na podstawie ustawy z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Urząd Pracy w Opocznie z siedzibą w Opocznie ul. Rolna 6, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy.**

2. Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych: Michał Zaborowski tel. 44 741 49 15 – iod@pupopoczno.pl

3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. w szczególności na podstawie:

- ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
- ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
- ustawy o finansach publicznych z dnia 27.08.2009 r.;
- innych aktów prawnych w których określone są zadania realizowane przez Urzędy Pracy.

4. Pani/Pana dane osobowe, gromadzone i przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu, tj.: promocji zatrudnienia, ograniczania i łagodzenia skutków bezrobocia, aktywizacji zawodowej osób pozostających bez pracy, z wykorzystaniem dostępnych usług i instrumentów rynku pracy, co umożliwia pomoc w pozyskaniu zatrudnienia, m. in. poprzez przedkładanie propozycji pracy oraz form wsparcia, finansowanych ze środków publicznych, wykonania zawartej umowy, co zgodne jest z art. 6 ust.1 RODO oraz dochodzenie ewentualnych roszczeń.

5. Przetwarzane dane są udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych są:

- sądy, organy ścigania, komornicy sądowi, banki i inne organy państwowe
- inne podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych np. operatorzy pocztowi usług teleinformatycznych, usług prawnych i doradczych

6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Opocznie. Pana/Pani dane osobowe przekazywane są do rejestru centralnego, prowadzonego przez właściwego ministra, w którym będą przetwarzane przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego w którym zakończono udzielanie pomocy.

7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Opocznie i wynika z przepisów prawa.

10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

zapoznałam/zapoznałem się z treścią informacji

podpis Wnioskodawcy

Opoczno,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa firmy)

.....
(adres siedziby firmy)

.....
(NIP firmy)

Na podstawie art. 138 ust. 5 i 6 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia Dz. U. z 2025 poz. 620

Oświadczenie składa każda z osób reprezentujących Wnioskodawcę lub osoby nim zarządzające

Oświadczam że:

1. W okresie ostatnich 2 lat **byłam/nie byłam, byłem/nie byłem*** prawomocnie skazana/y za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. **Na dzień złożenia wniosku:**
 - a) **zalegam/nie zalegam*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
 - b) **zalegam/nie zalegam*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
 - c) **zalegam/nie zalegam*** z opłacaniem podatków i innych danin publicznych.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(data, czytelny podpis)

Powyższe oświadczenie składają indywidualnie **wszystkie osoby** upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy lub nim zarządzające, np.: wspólnicy spółek osobowych, członkowie zarządu spółek handlowych, prokurenci, pełnomocnicy. Osoba składająca oświadczenie potwierdza je podpisem wraz z pieczętką imienną, a w przypadku jej braku składa czytelny podpis wraz z pieczętką firmową.

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis

Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 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)

Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

--

Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

--

Oświadczam, iż

☐

w okresie trzech minionych lat nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

☐

w okresie trzech minionych lat uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

w PLN

--

w EUR

--

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

Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji

Imię i nazwisko

--

Stanowisko służbowe

--

Numer telefonu

--

Data i podpis

--