(pieczątka Wnioskodawcy)

Starosta Powiatu Warszawskiego Zachodniego

za pośrednictwem

Powiatowego Urzędu Pracy

dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego

Wniosek o zawarcie umowy w sprawie finansowania składek pracownika przedsiębiorstwa społecznego

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej.

# Dane dotyczące przedsiębiorstwa społecznego

1. Nazwa Wnioskodawcy
2. Adres siedziby
3. Telefon/fax/email
4. NIP REGON PKD
5. Nr KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru
6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności
7. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
8. Nazwa banku i numer konta
9. Data uzyskania statusu przedsiębiorstwa społecznego
10. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%)
11. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr telefonu)
12. Osoba upoważniona do kontaktu z urzędem – imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr telefonu 



1. Wypłata wynagrodzenia u Pracodawcy następuje (zaznaczyć odpowiednio):

w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie.

w miesiącu następnym po miesiącu, za które przysługuje wynagrodzenie.

1. Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, wnioskowanych do zatrudnienia/ liczba osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie społecznym, które mają zostać objęte refundacją
2. Wnioskowana wysokość refundacji składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe - wkład finansowy ze środków Funduszu Pracy miesięcznie
3. Wnioskowany okres finansowania składek

# Informacje na temat wnioskowanego stanowiska pracy (wypełnić w przypadku ubiegania się o wsparcie dla nowozatrudnionego pracownika)

1. Nazwa zawodu lub specjalności podana zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności
2. Nazwa stanowiska pracy
3. Poziom wykształcenia, minimalne kwalifikacje, umiejętności lub inne wymagania
4. Rodzaj prac, które mają być wykonywane
5. Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto
6. Wymiar czasu pracy Zmianowość Dni pracy Godziny pracy
7. Planowany okres zatrudnienia osoby/ osób zagrożonej/ych wykluczeniem społecznym
8. Miejsce wykonywania pracy

1. Dane osoby/ osób zagrożonej/-ych wykluczeniem społecznym przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym | PESEL | Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym\* | Data rozpoczęcia zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym | Okres zatrudnienia | Rodzaj umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |

\* Należy wybrać odpowiedni punkt z listy poniżej

**A.** bezrobotny, w szczególności bezrobotny długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, posiadający status poszukującego pracy, w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

**B.** osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu lub niewykonująca innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny,

**C.** osoba niepełnosprawnaw rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych,

**D.** osoba, o której mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 o zatrudnieniu socjalnym,

**E.** osoba spełniająca kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

**F.** osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,

**G.** osoba usamodzielniana, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

**H.** osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,

**I.** osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,

**J.** osoba starsza w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych,

**K.** osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

# Oświadczam, że:

1. **nie zalegam / zalegam** \* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
2. **nie zalegam / zalegam** \* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. **nie toczy się / toczy się** \* w stosunku do podmiotu gospodarczego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
4. w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **nie zostałem / zostałem** \* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
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, względem których zastosowane są sankcje, wskazane w ustawie z dnia 13.04.2022 r o szczegółowych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego;
6. podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się / znajduje się** \* 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;
7. podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się / znajduje się** \* w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 – Wykaz osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom;
8. **nie otrzymałem(am) / otrzymałem(am)** \* pomocy de minimis w ciągu 3 minionych lat. W przypadku uzyskania pomocy publicznej proszę podać jej rodzaj i wysokość
9. **nie otrzymałam(em) / otrzymałam(em)** \* innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis. W przypadku uzyskania pomocy publicznej proszę podać jej rodzaj i wysokość
10. **spełniam / nie spełniam** warunków \*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
11. **spełniam / nie spełniam** warunków \*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym;
12. **spełniam / nie spełniam** warunków \*, o których mowa w 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;
13. oświadczam**, że ciąży / nie ciąży** \* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
14. oświadczam, że składki **są / nie są \*** finansowaneani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON;
15. oświadczam, że składki **są / nie są \*** finansowaneani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej;
16. oświadczam, że **zapoznałam/łem się / nie zapoznałam/łem się** \* z Załącznikiem nr 1 do Zarządzenia nr …/2024 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego z dnia …………2024 r.
17. zobowiązuję się do niezwłocznego, nie później jednak niż w terminie 7 dni, poinformowania Starosty o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych we wniosku;
18. zobowiązuję się do podpisania oświadczenia o otrzymanej pomocy publicznej;
19. oświadczam, że **zapoznałam/łem się / nie zapoznałam/łem się \*** z ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej i **spełniam / nie spełniam** warunków\*, o których mowa w w/w ustawie;
20. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego dla celów związanych z procedurą oceny przedmiotowego wniosku oraz – w przypadku pozytywnego jego rozpatrzenia – z realizacją umowy o finansowanie składek na ubezpieczenia społeczne dla przedsiębiorstwa społecznego, zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c.

\* niepotrzebne skreślić

Prawdziwość informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem/am pouczony/a, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.

Miejscowość, dnia

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną podmiotu – nie dotyczy podmiotów posiadających wpis do KRS – tj. statut, uchwała.
2. Uwierzytelnioną kserokopię pełnomocnictwa do reprezentowania Wnioskodawcy. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy we właściwym dokumencie rejestrowym.
3. Uwierzytelnioną kserokopię decyzji wojewody o nadaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego.
4. W przypadku, gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających ten fakt.
5. Dokument potwierdzający przynależność osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym.
6. Zgłoszenie krajowej oferty pracy (nie dotyczy przy ubieganiu się o wsparcie na już zatrudnionego pracownika) (Załącznik nr 1).
7. Oświadczenie Wnioskodawcy o wielkości otrzymanej pomocy de minimis ( Załącznik nr 2).
8. Odpowiedni formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

Dokumenty złożone w formie kserokopii winny być poświadczone „za zgodność z oryginałem” przez Wnioskodawcę.

Miejscowość, dnia

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**UWAGA !!!**

* W przypadku nieprawidłowo wypełnionego lub niekompletnego wniosku będzie wyznaczony co najmniej 7 dniowy termin na jego uzupełnienie.
* Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
* W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku pracodawca otrzyma informację o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.

**Klauzula informacyjna**

**o przetwarzaniu danych przez Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego dla pracodawców, przedsiębiorców i pełnomocników**

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, Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016,

str. 1, ze zm.), dalej „Rozporządzenie”, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy Dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego z siedzibą w Ożarów Mazowiecki, Poznańska 131a. Z Administratorem można się skontaktować poprzez e- mail: [wabl@praca.gov.pl](mailto:wabl@praca.gov.pl) oraz pod numerem tel. 22 725-42-91lub pisemnie na adres siedziby.
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez e- mail: [iod@pupblonie.pl](mailto:iod@pupblonie.pl) lub pisemnie na adres siedziby.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie:

1) art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której jest Pan/Pani stroną lub do podjęcia działań na Pana/Pani żądanie przed zawarciem umowy,

2) art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze wynikających w szczególności z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w szczególności:

a) prowadzenia rejestru pracodawców,

b) świadczenia usług i instrumentów rynku pracy dla przedsiębiorców i pracodawców.

1. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców, w tym na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych osobowych tj:

1) podmiotom dostarczającym usługę informatyczną w zakresie oprogramowania wykorzystywanego do obsługi klientów PUP,

2) podmiotom świadczącym usługi w zakresie dostarczania korespondencji,

3) Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Warszawie,

4) bankom obsługującym wypłatę przysługujących świadczeń,

5) członkom Powiatowej Rady Rynku Pracy w Ożarowie Mazowieckim.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy, a po jego upływie przez okres niezbędny do umożliwienia obsługi umowy oraz wypełnienia obowiązków prawnych Administratora, w tym obowiązku archiwizacji danych zgodnie z:

1) Rozporządzeniem Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 roku w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej,

2) Instrukcją Kancelaryjną Urzędu,

3) Instrukcją Archiwum zakładowego Urzędu.

1. W związku z przetwarzaniem przez PUP dla PWZ Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:

1) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;

2) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;

3) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;

4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;

Realizacja przedmiotowych praw odbywa się na zasadach i z uwzględnieniem ograniczeń opisanych w art. 1521 Rozporządzenia.

1. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP dla PWZ Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
2. Pani/Pana dane osobowe nie są i nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 Rozporządzenia;
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Odmowa podania danych osobowych uniemożliwi udzielenie wsparcia z Powiatowego Urzędu Pracy dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego

**Załącznik nr 1**

**ZGŁOSZENIE OFERTY PRACY** POWIATOWY URZĄD PRACY DLA POWIATU WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego** | | | | |
| 1.Nazwa pracodawcy krajowego/agencji zatrudnienia  ……………………………………………………………….........  ………………………………………………………………......... | | | 2. Adres pracodawcy  Ulica, nr …………………………………………………..  Miejscowość………………………………………………  Kod Pocztowy ……………………………………………  Nr tel./faks………………………………………………….........  e-mail/str. internetowa…………………………………………...  8. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? TAK/NIE\*  Jeśli TAK - nr wpisu do rejestru (KRAZ).....................................  Jeśli TAK - czy oferta pracy jest ofertą pracy tymczasowej  w rozumieniu art. 19g ustawy? TAK/NIE\*  Jeśli NIE – czy agencja zatrudnienia jest stroną stosunku pracy lub powierzenia wykonywania pracy? TAK/NIE\* | |
| 3.Numer statystyczny REGON  | 4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD…………... | |
| 5. NIP   | 6. Forma prawna prowadzonej  działalności  ………………………………….  **** | |
| 7. Osoba wskazana przez pracodawcę do kontaktów  Nazwisko i imię ………….………………………………………..  Stanowisko ………………………………………………………...  Telefon/mail ………………...……………………………………..  ……………………………………………………………………... | | |
| 9. Czy pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia niniejszej oferty został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy? TAK/NIE\*  10. Czy oferta pracy została zgłoszona w tym samym czasie do innego Urzędu Pracy na terenie kraju? TAK/NIE\* | | | 11. Preferowany kontakt kandydatów z pracodawcą:  a) osobisty w godz……………………………………...  b) telefoniczny…………………………………………. c) inny (CV, mail) …………………………………….. | |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy** | | | | |
| 12. Nazwa zawodu  ……………………………….  ………………………………. | **13. Nazwa stanowiska**  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  ……………………………………. | | 14. Liczba zatrudnionych pracowników ……….  **15. Liczba wolnych miejsc pracy** ……....  w tym dla osób niepełnosprawnych ……... | |
| 16. Kod zawodu wg KZiS  ………………………………. |
| 17. Miejsce wykonywania pracy  ……………………………….  ……………………………….……………………………… | 18. Czy przekazać ofertę pracy  w celu dodatkowego upowszechnienia do: 1) wybranych państw EOG TAK/NIE\* (jeśli TAK: jakich? należy wypełnić załącznik)  2) innych Urzędów Pracy TAK/NIE\* jeśli TAK których?:……………….  ……………………………………. | | 19. Czy oferta jest złożona w celu uzyskania informacji starosty – wymaganej do zezwolenia na pracę? TAK/NIE\*  19 a. Rodzaje zezwoleń, o które będzie się ubiegał pracodawca:  zezwolenie na pracę cudzoziemca (art. 88 ust. 1 pkt 1  ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku  pracy);  zezwolenie na pobyt czasowy i pracę cudzoziemca  (art. 114 ustawy o cudzoziemcach);  zezwolenie na pobyt czasowy w zawodzie  wymagającym wysokich kwalifikacji (art. 127 ustawy  o cudzoziemcach);  zezwolenie na pracę sezonową (art. 88r ustawy o  promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)  20. Jeśli TAK, czy pracodawca zgadza się na skierowanie kandydatów do pracy? TAK/NIE\*  21. Dodatkowe informacje:……………………………………...  1) możliwość zakwaterowania  2) szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów  z państw EOG (załącznik) | |
| 22. Rodzaj umowy  1) umowa na czas nieokreślony;  2) umowa na czas określony;  3) umowa na okres próbny;  4) umowa na zastępstwo;  5) umowa zlecenie;  6) inne ……………………….. | 23. System i rozkład czasu pracy  1) jedna zmiana;  2) dwie zmiany;  3) trzy zmiany;  4) inne ……………………………….  Dni pracy…………………………….  W godz. ……………………………... | | 24. Wymiarczasu pracy  …………………….. | Czy pracodawca wyraża zgodę na upowszechnienie informacji umożliwiających jego identyfikację?  TAK/NIE\*  26. Okres aktualności oferty:  …………………………. |
| 27. Wysokość wynagrodzenia (brutto w zł)  ………………………………. | 28. System wynagradzania\* (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja, inny)  …………………………………. | | 29. Data rozpoczęcia pracy  ………………………….. | 30. Okres zatrudnienia/  wykonywania pracy  od ……..…..do…………. |
| 31. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy (wypełnić jeśli wymagane)  Poziom wykształcenia (kierunek) …………………………………  Staż pracy ………………………………………………………..  Uprawnienia, umiejętności …………….………………………….  ……………………………………………………………………..  Znajomość języków obcych /poziom………..……………………..  ……………………………………………………………………  …………………………………………………………………… | | | 32. Ogólny zakres obowiązków, rodzaj pracy  …………………………………………………………  …………………………………………………………  ………………………………………………................  …………………………………………………………  …………………………………………………………  …………………………………………………………  ……………………………………………………….... | |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** | | | | |
| 33. Data przyjęcia zgłoszenia   | | 34. Data odwołania zgłoszenia   | 35. Numer zgłoszenia  OFPR/ / | 36. Sposób przyjęcia oferty:  1) osobiście  2) faks  3) e-mail  4) telefonicznie  5) inna forma ……………. |
| 37. Częstotliwość aktualizacji  ……………………………………. | | 38. Data aktualizacji oferty  1. ………………………  2. ………………………  3………………………… | 39. Podpis pracownika PUP przyjmującego ofertę |

\*Niepotrzebne skreślić Prawidłowe zaznaczyć

**Załącznik nr 2**

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

pieczęć Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS[[1]](#footnote-1)**

W związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy de minimis*,* wypełniając obowiązek wynikający z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oświadczam, że: **w ciągu minionych trzech lat**

* **nie otrzymałem(am)** żadnej pomocy de minimis*,\**
* **otrzymałem(am)** pomoc de minimis w łącznej wysokości ......................................................... zł

co stanowi ............................................... euro\*, w tym:

* pomoc de minimis w wysokości .....................................zł, co stanowi …..............................................euro\*,
* pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ................................zł, co stanowi ...................................euro\*,
* pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ......................................zł, co stanowi ……................euro\*,

**Zobowiązuję 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 otrzymam pomoc de minimis.**

……………………………….. ……………..…………………………………….

miejscowość i data podpis i pieczęć Wnioskodawcy

Czy podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc de minimis? (np. subwencje, dotacje ) TAK / NIE (\*)

* jeśli podmiot udzielił odpowiedzi twierdzącej należy podać jej wartość nominalną i brutto udzielonej pomocy oraz postawę prawną udzielania pomocy.

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

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

……………………………….. ……………..…………………………………….

miejscowość i data podpis i pieczęć Wnioskodawcy

1. **(\*) właściwe zaznaczyć**

   Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 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, 2023/2831 z 15.12.2023), oznacza, że całkowita kwota pomocy przyznana przez jedno państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu nie może przekroczyć 300 000 tys. EUR w okresie trzech lat. Okres trzech lat brany pod uwagę do celów niniejszego rozporządzenia należy ocenić w sposób ciągły. Dla każdego przypadku przyznania nowej pomocy de minimis należy uwzględnić całkowitą kwotę pomocy de minimis przyznaną w ciągu minionych trzech lat. [↑](#footnote-ref-1)