

PIECZĘĆ FIRMOWA



MIEJSCOWOŚĆ, DATA

NR REJESTRU WNIOSKU

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O FINANSOWANIE SKŁADEK OD ZATRUDNIONEGO W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM

UWAGA:

- PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU ORAZ NIEPOZOSTAWIANIE RUBRYK NIEWYPEŁNIONYCH.
- W PRZYPADKACH NIEDOTYCZĄCYCH WNIOSKODAWCY NALEŻY WPISAĆ: NIE DOTYCZY.
- PODSTAWĄ ROZPATRZENIA WNIOSKU JEST PRZEDŁOŻENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH DOKUMENTÓW.
- WSZELKIE ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU KSEROKOPIE DOKUMENTÓW (KAŻDA STRONA) WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM.
- MODYFIKOWANIE WNIOSKU JEST NIEDOPUSZCZALNE
- WNIOSEK DOTYCZY TYLKO JEDNEGO MIEJSCA PRACY

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. PEŁNA NAZWA WNIOSKODAWCY

2. FORMA PRAWNA

3. DOTYCZY OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, W TYM SPÓŁEK CYWILNYCH:

NUMER/Y PESEL:

ADRES/Y ZAMIESZKANIA:

4. ADRES SIEDZIBY / MIEJSCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI

5. ADRES KORESPONDENCYJNY

6. TELEFON	E-MAIL
------------	--------

E-MAIL

7. NIP	REGION
--------	--------

REGON

8. KRS LUB NR INNEJ EWIDENCJI / REJESTRU

9. DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI	PKD
----------------------------------	-----

PKD

10. STAN ZATRUDNIENIA W DNIU ZŁOŻENIA WNIOSKU: LICZBA OSÓB	LICZBA ETATÓW
--	---------------

LICZBA ETATÓW

11. WYSOKOŚĆ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE	%
---	---

%

12. NAZWA BANKU ORAZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO	
---	--

13. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z PUP SOSNOWIEC

a) IMIĘ I NAZWISKO	
--------------------	--

b) STANOWISKO	
---------------	--

c) TELEFON KONTAKTOWY	
-----------------------	--

d) E-MAIL	
-----------	--

14. IMIONA I NAZWISKA ORAZ STANOWISKA SŁUŻBOWE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTOWANIA I PODPISANIA UMOWY:

(WYMAGANE PEŁNOMOCNICTWO JEŚLI NIE WYNIKA Z INNYCH ZAŁĄCZONYCH DOKUMENTÓW)

{	IMIĘ I NAZWISKO	
	STANOWISKO	
{	IMIĘ I NAZWISKO	
	STANOWISKO	

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY, KTÓRA MA BYĆ OBJĘTA FINANSOWANIEM SKŁADEK

UWAGA: WYPEŁNIJ TYLKO JEDNĄ Z PONIŻSZYCH CZĘŚCI – ZGODNIE Z TWOJĄ SYTUACJĄ

OPCJA 1 – BRAK KANDYDATA (WYPEŁNIJ, JEŚLI CHCESZ, ABY PUP WSKAZAŁ KANDYDATA SPEŁNIAJĄCEGO OKREŚLONE KRYTERIA)

STANOWISKO

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

UMIEJĘTNOŚCI/UPRAWNIENIA

ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

RODZAJ PRACY, JAKA BĘDZIE WYKONYWANA PRZEZ SKIEROWANĄ OSOBĘ (KRÓTKI, OPIS ZADAŃ)

MIEJSCE WYKONYWANIA PRACY (ADRES)

WYSOKOŚĆ PROPONOWANEGO WYNAGRODZENIA **BRUTTO**:

TERMIN WYPŁATY WYNAGRODZENIA:

☐

DO KOŃCA MIESIĄCA

☐

DO 10-GO DNIA NASTĘPNEGO MIESIĄCA

ROZKŁAD CZASU PRACY:

PLANOWANY OKRES ZATRUDNIENIA:

OPCJA 2 – KANDYDAT WSKAZANY PRZEZ WNIOSKODAWCĘ DO ZATRUDNIENIA (WYPEŁNIJ DANE KANDYDATA DO ZATRUDNIENIA, A NASTĘPNIE WSKAŻ KATEGORIĘ W PONIŻSZEJ TABELI)

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

OPCJA 3 – OBECNY PRACOWNIK (WYPEŁNIJ DANE PRACOWNIKA, A NASTĘPNIE WSKAŻ KATEGORIĘ W PONIŻSZEJ TABELI)

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

OKRES, NA KTÓRY ZOSTAŁ ZAWARTY STOSUNEK PRACY (OD-DO)

KATEGORIE ZAGROŻENIA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM:

- ☐ bezrobotny, w szczególności bezrobotny długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy 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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
- ☐ osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu lub niewykonująca innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, w tym rodzic dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny
- ☐ osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
- ☐ osoba spełniająca kryteria, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym
- ☐ 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
- ☐ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
- ☐ 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 art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
- ☐ osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczając zakład poprawczy
- ☐ osoba starsza w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych
- ☐ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą

III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że w związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy de minimis, wypełniając obowiązek wynikający z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oświadczam, że w okresie 3 minionych lat

☐ OTRZYMAŁEM ☐ NIE OTRZYMAŁEM*

pomoc de minimis w łącznej kwocie EURO,

Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym.

PONADTO OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
2. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zmianach, danych we wniosku oraz w załącznikach,
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 o finansowanie składek od zatrudnionego w przedsiębiorstwie społecznym otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis,
4. **Dobrowolnie** wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, jak również innych danych przekazywanych w trakcie realizacji wniosku i umowy o finansowanie składek od zatrudnionego w przedsiębiorstwie społecznym.

JESTEM ŚWIADOMY ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA.

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA

IV. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

- ☐ ZAŁĄCZNIK NR 1 - FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS
- ☐ ZAŁĄCZNIK NR 2 - ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY (**W PRZYPADKU OPCJI 1 & 2**)
- ☐ PEŁNOMOCNICTWO DO PODEJMOWANIA ZOBOWIĄZAŃ W IMIENIU WNIOSKODAWCY (JEŻELI ZOSTAŁO UDZIELONE, A NIE WYNIKA Z INNYCH DOKUMENTÓW ZAŁĄCZONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ)
- ☐ UCHWAŁA/STATUT (JEŚLI DOTYCZY)
- ☐ UMOWA O PRACĘ (JEŚLI DOTYCZY)
- ☐ KSEROKOPIA DECYZJI WOJEWODY NADAJĄCEJ STATUS PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO

WIARYGODNOŚĆ INFORMACJI PODANYCH WE WNIOSKU I ZAŁĄCZONYCH DO NIEGO DOKUMENTÓW POTWIERDZAM WŁASNORĘCZNYM PODPISEM.

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PIECZĄTKA I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSÓB
UPRAWNIONYCH DO JEGO REPREZENTOWANIA

V. INFORMACJA WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH

- Administratorem Danych Osobowych Pana/Pani jest Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu przy ul. Rzeźniczej 12, dalej jako „ADO”. Administrującym danymi osobowymi w imieniu PUP w Sosnowcu jest Dyrektor PUP w Sosnowcu tel. kontaktowy 32 2978714, e- mail kaso@praca.gov.pl
 - Dane kontaktowe - Inspektora Ochrony Danych (IOD) w PUP Sosnowiec, tel. kontaktowy 32 2978702, e-mail iod@pup.sosnowiec.pl
 - Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia w sprawie refundacji składek od zatrudnionego w przedsiębiorstwie społecznym, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a,b,c RODO.
 - Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku z poprawną podstawą prawną lub które zawarły z administratorem danych umowy: powierzenia z dostawcami oprogramowania, systemów informatycznych, wsparcia technicznego.
 - Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
 - Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu.
 - W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych,
 - wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody.
 - Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
 - Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Urząd jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
 - Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. „RODO”.
 - Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o finansowanie składek od zatrudnionego w przedsiębiorstwie społecznym, zawarcia umowy o finansowanie składek od zatrudnionego w przedsiębiorstwie społecznym i jej realizacji, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa.
 - Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.
- Powyższa informacja spełnia obowiązek prawny uregulowany zapisami 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 2016 Nr 119, s. 1 z późn. zm.), zwanym „RODO”*