

....., dn. ....

.....  
(pieczęć firmowa zakładu pracy)

## WNIOSEK

### **o dofinansowanie kosztów poniesionych na wynagrodzenie za zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia.**

#### **Podstawa prawna:**

- w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. 2025 r. poz. 214 z późn. zm.);
- w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. 2023 r. poz. 702 z późn. zm.) oraz jej przepisów wykonawczych;
- 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 dn. 15.12.2023 r.),
- 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 dn. 24.12.2013 r., str. 9 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str.1).

Niniejszy wniosek zawiera szczegółowe informacje dotyczące Wnioskodawcy jak i refundowanego stanowiska pracy. Dane te są niezbędne do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej oraz finansowej i służą Staroście Strzeleckiemu w podjęciu właściwej decyzji. Prosimy zatem o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na postawione pytania, gdyż tylko wtedy będziemy mogli prawidłowo ocenić Państwa przedsięwzięcie i pomóc w jego realizacji.

Złożenie wniosku o udzielenie refundacji ze środków Funduszu Pracy nie gwarantuje jej otrzymania, a od negatywnego stanowiska Starosty nie przysługuje odwołanie. Wniosek o refundację podlega rozpatrzeniu, gdy Wnioskodawca złoży wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony, a Urząd dysponuje środkami na jego sfinansowanie.

#### **A.DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1) Pełna nazwa pracodawcy lub przedsiębiorcy:

.....  
.....

2) Adres siedziby pracodawcy lub przedsiębiorcy:

.....  
.....

3) Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego:

.....  
.....

4) Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisywania umowy w imieniu pracodawcy (*do wniosku należy dołączyć upoważnienie / pełnomocnictwo*):

.....

5) Nazwisko i imię osoby upoważnionej do kontaktów z PUP: .....

Tel. ...., e-mail:.....

6) Numer REGON: .....

7) Numer NIP:.....

- 8) Data rozpoczęcia działalności : .....
- 9) Numer PKD: .....
- 10) Rodzaj prowadzonej działalności: .....
- .....
- 11) Nazwa banku i numer konta bankowego: .....
- 12) Forma prawna pracodawcy: (należy zaznaczyć kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy znakiem X)

Wyszczególnienie	kod	*
przedsiębiorstwo państwowe	<b>1.A</b>	
jednoosobowa spółka Skarbu Państwa	<b>1.B</b>	
jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej	<b>1.C</b>	
spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością , w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów	<b>1.D</b>	
przedsiębiorca nie należący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D	<b>2</b>	

### OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

Niniejszym oświadczam, że:

**Stan zatrudnienia\*** w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku kształtował się następująco:

l.p.	Wyszczególnienie	Liczba osób ubezpieczonych	Liczba właścicieli (czł. Zarządu)	Liczba prac. młodocianych (uczniów)	Liczba osób zatrud. w ramach umów cywilno-prawnych np. umowa zlecenie, umowa o dzieło	Liczba prac. zatrudnionych na umowę o pracę bez pracowników młodocianych	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny etat (bez pracowników młodocianych)	Identyfikator deklaracji DRA
	Dzień złożenia wniosku							
1.	Miesiąc: .....20.. r							
2.	Miesiąc: .....20.. r							
3.	Miesiąc: .....20.. r							
4.	Miesiąc: .....20.. r							
5.	Miesiąc: .....20.. r							
6.	Miesiąc: .....20.. r							

3. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać liczbę osób, z którymi rozwiązano umowę o pracę oraz przyczyny rozwiązania stosunku pracy:

.....

.....

.....

\*W załączeniu deklaracje DRA z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku

## B. DOTYCHCZASOWA WSPÓLPRACA Z TUT. URZĘDEM:

Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich trzech lat), jeżeli tak to proszę podać:

Forma	Nr umowy	Liczba miejsc pracy	Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy		Przyczyny zwolnień prac.
			Czas nieokreśl.	Czas określ.	
Prace interwencyjne					
Staż					
Szkolenia pod gwarancję zatrudnienia lub KFS					
Ref. Kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy					
Dofinansowanie wygradzenia za pracowników po 50 r. ż					
Inne (jakie?)					

## C. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI ZATRUDNIENIA OSOBY POWYŻEJ 50 ROKU ŻYCIA\*\*:

1) Przedstawiając informacje o firmie wnioskujemy o skierowanie ..... osoby/osób bezrobotnej/nych w celu zatrudnienia w ramach dofinansowania w pełnym wymiarze czasu pracy **od dnia ..... na okres:**

**12 miesięcy** – w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat i zobowiązuję się do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego po upływie okresu przysługiwania dofinansowania wynagrodzenia przez **okres 6 miesięcy**

**24 miesięcy** – w przypadku zatrudnienia bezrobotnego, który ukończył 60 lat i zobowiązuję się do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego po upływie okresu przysługiwania dofinansowania wynagrodzenia przez **okres 12 miesięcy**.

2) Nazwa stanowiska .....

3) Rodzaj wykonywanej pracy / Zakres obowiązków .....

4) Rodzaj umowy o pracę (umowa na czas określony, nieokreślony).....

5) Wymiar czasu pracy: .....

6) Zmianowość: .....

7) Niezbędne lub pożądane kwalifikacje.....

a) Poziom wykształcenia .....

b) Kierunek wykształcenia .....

c) Dodatkowe wymogi .....

8) Proponowane wynagrodzenie dla osoby bezrobotnej: .....

9) Termin wypłaty wynagrodzenia

ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

10) Wnioskowana wysokość refundacji:.....

11) Imię i nazwisko proponowanej osoby do zatrudnienia .....

12) Zatrudnienie po wymaganym okresie zatrudnienia:

co najmniej 1 m-c

co najmniej 3 m-ce

.....  
miejsceowość, data

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\*\* Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy tekst jednolity (Dz. U. z 2025 r. poz. 214 z późn. zm. art. 60d)

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

1. **Zalegam / nie zalegam\*\*\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. **Posiadam / nie posiadam\*\*\*** w dniu złożenia wniosku zaległości z tytułu opłacania podatków oraz innych danin publicznych.
3. **Jestem / nie jestem\*\*\*** przedsiębiorcą, który prowadzi działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie przepisy ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
4. **Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi:** .....
5. **Wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

### UWAGA:

**Wnioski niezawierające pełnej informacji i bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane!**

### Załączniki:

1. Dokument poświadczający formę prawną istnienia firmy (aktualny wyciąg z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej). Jeżeli przedsiębiorca funkcjonuje w formie spółki cywilnej należy dołączyć umowę spółki.
2. **Zaświadczenie o niezaleganiu w podatkach na dzień złożenia wniosku o organizację prac interwencyjnych** (jeżeli zaświadczenie będzie wskazywało stan na dzień inny niż dzień złożenia wniosku Powiatowy Urząd Pracy wystąpi o w/w zaświadczenie do Urzędu Skarbowego).
3. Oświadczenie pracodawcy (załącznik nr 1).
4. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną w Ukrainie (załącznik nr 4).

**Refundacja kosztów poniesionych na wynagrodzenie, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne dokonywana w ramach prac interwencyjnych stanowi pomoc de minimis.**

**Pracodawca będący przedsiębiorcą / beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, składa dodatkowo:**

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (załącznik nr 2).
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. 2024 r. poz. 40 z późn. zm.) (załącznik nr 3).

\*\*\* Niepotrzebne skreśli

## **DECYZJA STAROSTY STRZELECKIEGO**

1) Wyrażam zgodę na organizację prac interwencyjnych oraz przyznaję refundację:

liczba osób: .....

w okresie od..... do .....

Przyznaję refundację wynagrodzenia miesięcznego w kwocie .....zł  
wraz z należnymi od tego wynagrodzenia składkami na ubezpieczenie społeczne.

2) Nie wyrażam zgody na organizację prac interwencyjnych z uwagi na:

.....

.....

Strzelce Opolskie., dnia .....

.....  
/ Podpis Starosty/