WNIOSEK o dofinansowanie wynagrodzenia   
za zatrudnienie skierowanej osoby   
powyżej 50 roku życia

*DOF50\_D1*

……………………………,dnia …………………

*...................................................................................*

(pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy)

Zgodnie z art. 141 *Ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia   
(Dz. U. z 2025 roku, poz. 620, ze zmianami)* wnoszę o dofinansowanie wynagrodzenia   
w związku z zamiarem zatrudnienia\*:

1. osoby bezrobotnej, która:

* ukończyła 50. rok życia, a nie ukończyła 60 lat – dotyczy kobiet
* ukończyła 50. rok życia, a nie ukończyła 65 lat – dotyczy mężczyzn

1. osoby poszukującej pracy, która:

* ukończyła 60 lat – dotyczy kobiet
* ukończyła 65 lat – dotyczy mężczyzn

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**(wypełnia Wnioskodawca)
2. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy:

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

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

1. Adres siedziby pracodawcy/przedsiębiorcy oraz numer telefonu:

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

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

1. Miejsce prowadzenia działalności: ...................................................................................
2. Adres do doręczeń: …………………………………………………………………………….
3. Numer REGON: ...............................................................................................................
4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP): .............................................................................
5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności: ..............................
6. Forma opodatkowania: …………………………………………………………………………
7. Kod PKD: .........................................................................................................................
8. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (w %) …………………………………..

*\* zaznaczyć właściwe*

1. Nazwisko, imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania/ występowania w imieniu pracodawcy/przedsiębiorcy: ………………………………………

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

1. Nazwisko, imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku wraz z telefonem i adresem e-mail: …………………………………………………. …………………………………………………………………………………….…………….…
2. Wielkość pracodawcy/przedsiębiorcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Mikro | * Mały | * Średni | * Duży |

1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: …...…..
2. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku nastąpiło zmniejszenie stanu zatrudnienia (jeżeli tak, proszę podać przyczyny spadku): …………...

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

1. Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………

# OFERTA ZATRUDNIENIA SUBSYDIOWANEGO

1. Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia: ………………………………… w tym:
2. osoby bezrobotne, które:

- ukończyły 50. rok życia, a nie ukończyły 60 lat – dotyczy kobiet (liczba osób) ………..…..

- ukończyły 50. rok życia, a nie ukończyły 65 lat – dotyczy mężczyzn (liczba osób) ……….

1. osoby poszukujące pracy, które:

- ukończyły 60 lat – dotyczy kobiet (liczba osób) …………………………………………….

- ukończyły 65 lat – dotyczy mężczyzn (liczba osób) ……………………………….……….

1. Wnioskowany okres zatrudnienia od ................................... do ..............................., co stanowi:

…………………. miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy.

1. Miejsce wykonywania pracy (miejscowość, powiat): …………………………………………….
2. Czas pracy od ......................................................... do .................................................................
3. Proponowane wynagrodzenie brutto (zł/m-c) ..............................................................................
4. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń brutto (zł/m-c) ..............................................

*wysokość refundacji wynagrodzeń nie może przekroczyć kwoty połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie obowiązującego w dniu zawarcia umowy, za każdego skierowanego bezrobotnego albo poszukującego pracy.*

1. Po upływie okresu refundacji przewidujemy dalsze zatrudnienie na okres\*:

□ co najmniej 6 miesięcy – dotyczy osób bezrobotnych, które ukończyły 50 lat, a nie ukończyły 60 lat (kobiety) lub 65 lat (mężczyźni)

□ co najmniej 1 miesiąca – w przypadku zatrudnienia osoby poszukującej pracy, która/e ukończyła/y 60 lat (kobiety) lub 65 lat (mężczyźni)

*\* zaznaczyć właściwe*

1. Szczegółowe dane dotyczące planowanego zatrudnienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nazwa stanowiska  (w oparciu o KOD zawodu) | liczba osób | kwalifikacje, umiejętności | | inne wymogi | rodzaj wykonywanej pracy |
| niezbędne | pożądane |
|  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**

**Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
2. **Jestem / nie jestem\*** beneficjentem pomocy – w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia   
   2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. **Korzystałem / nie korzystałem**\* z pomocy *de minimis* w okresie 3 minionych lat   
   (3\*365 dni) poprzedzających dzień złożenia wniosku.
4. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie   
   w okresie 3 minionych lat (3\*365 dni) poprzedzających dzień złożenia wniosku.
5. **Spełniam / nie spełniam warunków\*** określonych w Rozporządzeniu Komisji (UE)   
   2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
   o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocyde minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831  
   z 15.12.2023), Rozporządzeniu 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, z późn. zm) lub Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2024 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, z późn. zm.).
6. **Nie znajduję się / znajduję się**\* na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji objętych sankcjami na podstawie *Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.*

Dodatkowo oświadczam, że:

1. **Nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy   
   i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne oraz z opłacaniem innych danin publicznych.
2. Osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osoby nim zarządzające w okresie ostatnich 2 lat **nie były prawomocnie skazane** 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*, przestępstwo skarbowe na podstawie *Ustawy z dnia 10 września 1999 r.* – Kodeks karny skarbowy, lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa wyżej, powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

|  |  |
| --- | --- |
| *………….......................................................*  *(miejscowość i data)* | *....................................................*  *(podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)* |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić

**Pouczenie!**

Pomoc w formie dofinansowania wynagrodzenia może być udzielana zarówno pracodawcom jak i przedsiębiorcom niezatrudniającym pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców .

Dopuszczalność pomocy *de minimis* nie obowiązuje w stosunku do jednostek samorządu terytorialnego ani do jednostek, które im podlegają.

Pracodawca lub przedsiębiorca składa wniosek o dofinansowanie wynagrodzenia   
za zatrudnienie skierowanej osoby powyżej 50 roku życia do wybranego powiatowego urzędu pracy.

Rozpatrzeniu podlega jedynie wniosek kompletny, wypełniony czytelnie, zawierający wszystkie wymagane załączniki oraz dodatkowe dokumenty.

Pracodawca będący beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu *ustawy z dnia   
30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej* do wniosku dołącza 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 pomocyde minimis, 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 albo art. 3 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2024 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 albo oświadczenie o wielkości pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie   
o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.

Wnioski niekompletne lub wypełnione nieprawidłowo podlegają uzupełnieniu w ciągu 14 dni od dnia dostarczenia pisma wzywającego do uzupełnienia. W przypadku braku uzupełnienia, wniosek pozostaje bez rozpatrzenia.

Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków z Funduszu Pracy. Starosta mając na względzie priorytety polityki lokalnego rynku pracy może nie przyznać refundacji. Środki publiczne przeznaczone na sfinansowanie wydatków związanych z realizacją form pomocy są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.

Starosta podejmując decyzję o rozpatrzeniu wniosku uwzględnia kolejność wpływu, dotychczasową współpracę Wnioskodawcy z Urzędem Pracy, realizację wymogów wynikających z dotychczas zawieranych umów, zgłoszenia wolnych miejsc pracy w okresie ostatnich trzech lat oraz racjonalne gospodarowanie środkami Funduszu Pracy, a także konieczność zapewnienia zgodności z przepisami dotyczącymi udzielania pomocy publicznej oraz pomocy *de minimis*.

Informacje o Pracodawcy zostaną sprawdzone przez Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego na podstawie posiadanych danych, dostępnych rejestrów publicznych oraz złożonych oświadczeń wnioskodawcy.

**Załączniki do złożonego wniosku:**

1. Załącznik nr 1 do wniosku – Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy o uzyskanej pomocy de minimis.
2. Podstawa prawna działalności Pracodawcy/Przedsiębiorcy (wpis do ewidencji działalności/umowa spółki/KRS)
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – dotyczy wyłącznie podmiotów, którym pomoc udzielona będzie w ramach pomocy de minimis, zgodnie z warunkami jej dopuszczalności.

*……………………………………………………*

*podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy*