|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | **Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu** | | | | | | | | | | | | | | | Data wpływu do Urzędu | | | | | | | | | |
| **Wniosek o zawarcie umowy o finansowanie składek na ubezpieczenia społeczne za pracowników będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa przedsiębiorstwa: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres siedziby: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGON: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma prawna prowadzonej działalności: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane osoby upoważnionej do reprezentowania i podpisywania umowy: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskowana liczba pracowników zagrożonych wykluczeniem społecznym za których finansowane będą składki: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wypłata wynagrodzenia u Pracodawcy następuje (zaznaczyć odpowiednio): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 w miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 🞎 w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa banku i numer konta bankowego:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Do wniosku należy dołączyć:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Dane pracownika przedsiębiorstwa społecznego, którego składki będą podlegać zwrotowi – **Załącznik nr 1,** 2. Klauzula informacyjna dla pracowników **– Załącznik nr 2,** 3. Kserokopia umowy o pracę pracownika przedsiębiorstwa społecznego, którego składki będą podlegać zwrotowi, 4. Kserokopia Decyzji Wojewody o uzyskaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego, 5. Zaświadczenie lub oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis, 6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Podpis** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone przez Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem, wnioski nieczytelne i niekompletne nie będą rozpatrywane.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU** wypełnia PUP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 akceptuję do realizacji  🞎 opiniuję negatywnie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 1**  Dane pracownika przedsiębiorstwa społecznego, którego składki będą podlegać zwrotowi:  Imię i nazwisko: .......................................  PESEL:......................................................  Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym: ................................................................  **Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do (zakreślić właściwe):**   * bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690, z późn. zm.), posiadających status poszukujących 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, * osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1744, z późn. zm.), * osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.), * osób, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 176, z późn. zm.), * osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), * osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 615, z późn. zm.), * osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447, z późn. zm.) oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, * osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), * osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze, * osób starszych w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705); * osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 2**  **KLAUZULA INFORMACYJNA w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu na potrzeby realizacji działań dotyczących Ekonomii Społecznej**  Zgodnie z art.13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (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 95/46WE (Dz. Urz. UE. L Nr 119), zwanego dalej RODO Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu informuje, że:   1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Olkuszu z siedzibą przy ul. Minkiewicza 2, w Olkuszu 32-300 Olkusz, tel.: 32 643-43-48, adres e-mail: [krol@praca.gov.pl](mailto:krol@praca.gov.pl). 2. Nadzór nad prawidłowym przetwarzaniem danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Olkuszu sprawuje Inspektor Ochrony Danych. Kontakt: Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu przy ul. Minkiewicza 2, tel.: 32 706-58-35, adres e-mail: [m.jarosz@olkusz.praca.gov.pl](mailto:m.jarosz@olkusz.praca.gov.pl). 3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest wykonywanie zadań samorządu powiatu wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia  2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej oraz innych ustaw i przepisów wykonawczych dot. zadań realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu. 4. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym niezbędnym do realizacji celów zawartych w przywołanych w punkcie 3 przepisach prawa oraz jest niezbędne do wykonania umowy w sprawie finansowania składek na ubezpieczenia społeczne za pracowników będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym. 5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W zakresie w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy - przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych.   Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).   1. Pozyskane Pana/Pani dane osobowe będą udostępniane tylko instytucjom upoważnionym z mocy prawa, a także podmiotom z którymi Powiatowy Urząd w Olkuszu zawarł umowy powierzenia danych osobowych. 2. Dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane zgodnie z kategorią archiwalną ujętą w jednolitym rzeczowym wykazie akt, który jest dostępny w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Olkuszu.   **OŚWIADCZENIE**  Oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną w związku  z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu. | | |
| **Data** | | **Podpis pracownika** |
|  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Wnioskodawcy o braku podstaw wykluczenia z otrzymania wsparcia ze środków publicznych unijnych i krajowych, wynikającego z nałożenia sankcji na podmioty i osoby, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne** |

Oznaczenie Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Jako Wnioskodawca wsparcia: **Przedsiębiorstwo społeczne**  oświadczam, iż nie jestem związany/a z osobami lub podmiotami, względem których nałożono sankcje wynikające ze wsparcia agresji na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz sam/sama nie znajduję się na takich listach. |

|  |  |
| --- | --- |
| Data i podpis Wnioskodawcy |  |