…………………… (miejscowość i data)

**Numer wniosku i umowy: ……………………..**

**Wniosek2**

**Organizacji pozarządowej o udzielenie dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku spadku przychodów z działalności statutowej w następstwie wystąpienia COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ A** | | |
| **Powiatowy Urząd Pracy w** reprezentowany przez Dyrektora3 | | |
| **CZĘŚĆ B** | | |
| ……..…………………………………………………………………………………………….  . | | |
| *(nazwa organizacji pozarządowej)* | | |
| ……..…………………………………………………………………………………………….  .  ……..…………………………………………………………………………………………….  . | | |
| *(adres siedziby)* | | |
| NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ  (NIP) | | ……..…………………………………………… |
| NUMER IDENTYFIKACYJNY REGON | | ……..…………………………………………… |
| REPREZENTOWANY PRZEZ4 | | |
| 1 | IMIĘ | ……..…………………………………………… |
| NAZWISKO | ……..…………………………………………… |
| NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI  *(dowód osobisty, paszport, inny)* | ……..…………………………………………… |
| NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | ……..…………………………………………… |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | ……..…………………………………………… |

2 Za datę złożenia Wniosku uważa się datę wpływu wniosku do właściwego Powiatowego Urzędu Pracy.

3 Powiatowy Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę Organizacji pozarządowej.

4 W przypadku gdy liczba osób jest większa niż na formularzu, proszę dołączyć dodatkową listę reprezentantów.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | IMIĘ | | ……..…………………………………………… | |
| NAZWISKO | | ……..…………………………………………… | |
| NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI  *(dowód osobisty, paszport, inny)* | | ……..…………………………………………… | |
| NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | | ……..…………………………………………… | |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | | ……..…………………………………………… | |
| 3 | IMIĘ | | ……..…………………………………………… | |
| NAZWISKO | | ……..…………………………………………… | |
| NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI  *(dowód osobisty, paszport, inny)* | | ……..…………………………………………… | |
| NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | | ……..…………………………………………… | |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | | ……..…………………………………………… | |
| ADRES E-MAIL | | | ……..…………………………………………… | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | | ……..…………………………………………… | |
| DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK5 | | IMIĘ | ……..…………………………………………… | |
| NAZWISKO | ……..…………………………………………… | |
| **CZĘŚĆ C** | | | | |
| **WNOSZĘ O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA OD MIESIĄCA** | | | | ……..……………………………… |
| *(miesiąc złożenia wniosku.)* |
| **Z TYTUŁU SPADKU PRZYCHODÓW Z DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ6** | | | | |
| **W OKRESIE DWÓCH MIESIĘCY 2020 R. LICZONYCH OD**  *(miesiące powinny być liczone w okresie od 1 stycznia*  *2020 r. i kończyć się nie później niż w dniu poprzedzającym dzień złożenia wniosku; miesiąc rozumiany jest również jako 30 kolejno następujących po*  *sobie dni kalendarzowych)* | | | | …………………………………………… |
| *(podać datę od nie wcześniejszą, niż 1 stycznia 2020 r.)* |

5 Jeżeli dla osoby składającej wniosek wymagane jest pełnomocnictwo, należy je obowiązkowo załączyć do wniosku.

6 o którym mowa w art. 15zze ust. 1, 3 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r., o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W WYSOKOŚCI** | | | …………………………………………% | | |
| *(podać wysokość procentowego spadku przychodów z działalności statutowej we wskazanych dwóch miesiącach 2020 r. w porównaniu do przychodów z działalności statutowej z dwóch analogicznych*  *miesięcy 2019 r. )* | | |
| **Z PRZEZNACZENIEM NA:** | | | | | |
| **DOFINANSOWANIE DO KOSZTÓW WYNAGRODZEŃ PRACOWNIKÓW I NALEŻNYCH OD NICH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ŁĄCZNEJ KWOCIE** | | | ………………………………………… zł | | |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* | | |
| **W TYM NA POKRYCIE SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE PRACOWNIKÓW NALEŻNYCH OD PRACODAWCY OD KWOTY DOFINANSOWANIA DO**  **WYNAGRODZEŃ W KWOCIE** | | | ………………………………………… zł | | |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* | | |
| **DLA** | | ……………………………… | | **PRACOWNIKÓW7** | |
| *(podać liczbę pracowników z załącznika nr 2 do wniosku)* | |
| **PRZYSŁUGUJĄCYCH ZA OKRES** | | ……………………………… | | **MIESIĘCY** | |
| *(podać liczbę miesięcy, nie*  *więcej niż 3 miesiące8)* | |
| **W ZAKRESIE WYKONYWANEJ DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ POSŁUGUJĘ SIĘ RACHUNKIEM**  *(proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę i podać numer rachunku)* | | **BANKOWYM** | | |  |
| **W SPÓŁDZIELCZEJ KASIE**  **OSZCZĘDNOŚCIOWO –KREDYTOWEJ** | | |  |
| nr …………………………………………………… | | | |
| **DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:** | |  | *(proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę)* | | |
| **WYKAZ PRACOWNIKÓW UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZEŃ (WG. OKREŚLONEGO WZORU)** | | | | |  |
| **KOPIĘ PEŁNOMOCNICTWA** *(jeżeli dotyczy)* | | | | |  |
| **CZĘŚĆ D** | | | | | |
| **Oświadczam, że:** | | | | | |
| 1 | **POSIADAM STATUS ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ LUB PODMIOTU, O KTÓRYM MOWA W ART. 3 UST. 3 USTAWY Z DNIA 24 KWIETNIA 2003 R. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE** | | | | |
| 2 | **ZAWARTE WE WNIOSKU INFORMACJE O SPADKU PRZYCHODÓW Z DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.** | | | | |
| 3 | **ZATRUDNIAM OSOBY OBJĘTE NINIEJSZYM WNIOSKIEM.** | | | | |
| 4 | **NIE ZALEGAM Z UREGULOWANIEM ZOBOWIĄZAŃ PODATKOWYCH, SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE, FGŚP, FUNDUSZ PRACY LUB FUNDUSZ SOLIDARNOŚCIOWY DO KOŃCA III KWARTAŁU 2019 R.** | | | | |

7 o których mowa w art. 15zze ust. 1 i 2 ustawy

8 o którym mowa w art. 15zze ust. 6 ustawy

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | **ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ PRZEZNACZYĆ ŚRODKI Z DOFINANSOWANIA NA KOSZTY ZWIĄZANE Z WYNAGRODZENIAMI PRACOWNIKÓW ORAZ SKŁADKAMI NA UBEZPIECZENIA**  **SPOŁECZNE, NALEŻNYMI OD TYCH WYNAGRODZEŃ.** |
| 6 | **ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM UTRZYMANIA W ZATRUDNIENIU PRACOWNIKÓW OBJĘTYCH UMOWĄ PRZEZ OKRES DOFINANSOWANIA.** |
| 7 | **NIE OTRZYMAŁEM DOFINANSOWANIA NA TEN SAM CEL Z INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.** |
| 8 | **NIE UBIEGAŁEM SIĘ I NIE BĘDĘ UBIEGAŁ SIĘ O POMOC W ODNIESIENIU DO TYCH SAMYCH PRACOWNIKÓW W ZAKRESIE TAKICH SAMYCH TYTUŁÓW WYPŁATY NA RZECZ OCHRONY MIEJSC PRACY.** |
| 9 | **ZAMIERZAM/ NIE ZAMIERZAM SKORZYSTAĆ ZE ZWOLNIEŃ W OPŁACANIU SKŁADEK NA**  **ZUS, O KTÓRYCH MOWA W USTAWIE COVID-19 \*).** |

## \*niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZAM, ŻE INFORMACJE I OŚWIADCZENIA PODANE PRZEZE MNIE WE**

**WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ ORAZ, ŻE JESTEM ŚWIADOMY (ŚWIADOMA)**

**ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WYNIKAJĄCEJ Z ART. 233 § 1 USTAWY Z DNIA**

**6 CZERWCA 1997 R. – KODEKS KARNY (DZ. U. Z 2019 R. POZ. 1950,**

**Z PÓŹN. ZM.) ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA LUB ZATAJENIE PRAWDY.**

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

podpis osoby (osób) uprawnionej

(uprawnionych) do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej

**Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 poniżej przekazuję następujące  informacje: | |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest powiatowy urząd pracy, do którego został złożony wniosek lub z którym zawarta została umowa o dofinansowanie oraz Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym finansowanym z EFS właściwa ze względu na źródło finansowania wsparcia, określone w załączniku 3 do umowy  o dofinansowanie. |
| **DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres mailowy podany na stronie internetowej urzędu, do którego został złożony wniosek lub z którym zawarta została umowa o dofinansowanie, lub pisemnie na  adres siedziby administratora. |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych w szczególności w zakresie korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem poprzez adres mailowy inspektora podany na stronie internetowej urzędu lub  pisemnie na adres siedziby administratora. |
| **CELE PRZETWARZANIA DANYCH** | Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu udzielenia i realizacji umowy dofinansowania, w tym potwierdzania kwalifikowalności wydatków, wnioskowania o płatności do Komisji Europejskiej, raportowania  o nieprawidłowościach, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach  uzyskujących wsparcie z EFS. |