**Załącznik nr 1 do Zasad i Umowy** ……………………………

(miejscowość i data)

**Numer wniosku i umowy: ……………………..**

**Wniosek2**

## o udzielenie dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku spadku obrotów gospodarczych

**w następstwie wystąpienia COVID-19**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ A** |
| **Powiatowy Urząd Pracy w** …………………......…………… reprezentowany przez Dyrektora3 |
| **CZĘŚĆ B** |
| ……..………………………………………………………………………………...................……… |
| *(nazwa przedsiębiorcy/imię i nazwisko)* |
| *……..………………………………………………………………………………......................……………..**……..……………………………………………………………………………………......................………..* |
| *(adres siedziby)* |
| NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP) | ……..…………………………………………… |
| NUMER IDENTYFIKACYJNY REGON | ……..…………………………………………… |
| REPREZENTOWANY PRZEZ4 |
| 1 | IMIĘ | ……..…………………………………………… |
| NAZWISKO | ……..…………………………………………… |

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

3 Powiatowy Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę Przedsiębiorcy lub miejsce wykonywania pracy przez pracowników.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI*(dowód osobisty, paszport, inny)* | ……..…………………………………………… |
| NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI | ……..…………………………………………… |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | ……..…………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 OBROTÓW GOSPODARCZYCH6** |
| **W OKRESIE DWÓCH MIESIĘCY 2020 R. LICZONYCH OD***(miesiące powinny być liczone w okresie po dniu 31 grudnia 2019 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.)* |
| **W WYSOKOŚCI** | …………………………………………% |
| *(podać wysokość procentowego spadku* *obrotów we wskazanych dwóch miesiącach* *2020 r. w porównaniu do obrotów 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)* |

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

6 o którym mowa w art. 15zzb 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”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 GOSPODARCZEJ 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 MIKROPRZEDSIĘBIORCY, MAŁEGO ALBO ŚREDNIEGO PRZEDSIĘBIORCY W ROZUMIENIU ART. 4 UST. 1 LUB 2 USTAWY Z DNIA 6 MARCA 2018 R.****– PRAWO PRZEDSIĘBIORCÓW.** |
| 2 | **ZAWARTE WE WNIOSKU INFORMACJE O SPADKU OBROTÓW GOSPODARCZYCH SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.** |
| 3 | **ZATRUDNIAM OSOBY OBJĘTE NINIEJSZYM WNIOSKIEM.** |
| 4 | **NIE ZACHODZĄ PRZESŁANKI DO OGŁOSZENIA UPADŁOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 11 LUB ART. 13 UST. 3 USTAWY Z DNIA 28 LUTEGO 2003 R. – PRAWO UPADŁOŚCIOWE (DZ. U. Z 2019 R. POZ. 498, Z PÓŹN. ZM.)** |
| 5 | **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. 15zzb ust. 2 ustawy

8 o którym mowa w art. 15zzb ust. 5 ustawy

|  |  |
| --- | --- |
| 6 | **ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ PRZEZNACZYĆ ŚRODKI Z DOFINANSOWANIA NA KOSZTY ZWIĄZANE****Z WYNAGRODZENIAMI PRACOWNIKÓW ORAZ SKŁADKAMI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, NALEŻNYMI OD TYCH WYNAGRODZEŃ.** |
| 7 | **ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM UTRZYMANIA W ZATRUDNIENIU PRACOWNIKÓW OBJĘTYCH UMOWĄ PRZEZ OKRES DOFINANSOWANIA.** |
| 8 | **NIE OTRZYMAŁEM DOFINANSOWANIA NA TEN SAM CEL Z INNYCH ŚRODKÓW PUBLICZNYCH(WYJĄTEK STANOWI DOFINANSOWANIE DO WYNAGRODZENIA****PRACOWNIKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO NA PODSTAWIE USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIA 1997 R. O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH).** |
| 9 | **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.** |
| 10 | **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, z podaniem imienia i nazwiska przedsiębiorcy

lub osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) do składania oświadczeń woli w imieniu

przedsiębiorcy

**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 poniżejprzekazuję następujące informacje: |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | Administratorem danych osobowych jest powiatowy urząd pracy, do którego został złożony wniosek lub z którym zawarta została umowao 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 umowao 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 ichprzetwarzaniem poprzez adres mailowy inspektora podany na stronie internetowej urzędu lub pisemnie na adres siedziby administratora. |
| **CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA** | Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu udzielenia i realizacji umowy dofinansowania. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 15 zzb ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacjikryzysowych (Dz.U. poz. 374 z późn. zm.) i art. 6 ust. 1 lit. e RODO. |
| **ODBIORCY DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotomna podstawie obowiązujących przepisów (przykład: sądowi, Policji, staroście, instytucjom kontrolnym). |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres realizacji umowyo dofinansowanie, począwszy od dnia złożenia wniosku do dnia zakończenia realizacji umowy, a następnie przez okres wymagany do rozliczenia środków finansowych. Ponadto będą przetwarzane w okresie przewidzianym dla archiwizacji dokumentów wchodzących donarodowego zasobu archiwalnego. |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawożądania ich sprostowania, sprzeciwu, ich usunięcia po upływie wskazanych okresów lub ograniczenia ich przetwarzania. |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, którym jest:**Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO)**Adres: Stawki 2, 00-193 WarszawaTelefon: 22 531 03 00 |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich przetwarzanie jest warunkiem podpisania umowy o dofinansowanie i jej realizacji. |