**Załącznik nr 1 do Umowy** …………………………… (miejscowość i data)

**Numer Winooski 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 przezDyrektora3 |
| **CZĘŚĆ B** |
| ……..……………………………………………………………………………………… |
| *(nazwa przedsiębiorcy/imię i nazwisko)* |
| *……..……………………………………………………………………………………………..**……..……………………………………………………………………………………………..* |
| *(adres siedziby oraz oznaczenie miejsca wykonywania działalności gospodarczej)* |
| NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ(NIP) | ……..…………………………………………… |
| NUMER IDENTYFIKACYJNY REGON | ……..…………………………………………… |
| REPREZENTOWANY PRZEZ4 |
| 1 | IMIĘ | ……..…………………………………………… |
| NAZWISKO | ……..…………………………………………… |
| NAZWA DOKUMENTUTOŻSAMOŚCI*(dowód osobisty, paszport, inny)* | ……..…………………………………………… |
| NUMER DOKUMENTUTOŻSAMOŚCI | ……..…………………………………………… |
| 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 siedzibę Przedsiębiorcy lub miejsce wykonywania pracy przez pracowników.

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 DNIA** | ……..……………………………… |
| *(data nie wcześniejsza niż 1 kwietnia 2020 r.)* |
| **Z TYTUŁU SPADKU OBROTÓW GOSPODARCZYCH6** |
| **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. 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

|  |  |
| --- | --- |
| **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)* |
| **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.)** |

7 o których mowa w art. 15zzb ust. 2 ustawy

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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.** |
| 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 ORAZ, PO ZAKOŃCZENIU DOFINANSOWANIA, PRZEZ OKRES RÓWNY TEMU OKRESOWI.** |
| 8 | **NIE OTRZYMAŁEM DOFINANSOWANIA NA TEN SAM CEL Z INNYCH ŚRODKÓW****PUBLICZNYCH.** |
| 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