

Załącznik nr 1 do Umowy

..... /..... /..... r.
(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 DYREKTORA ³	
CZĘŚĆ B	
.....	
<i>(nazwa Organizacji pozarządowej)</i>	
.....	
<i>(adres siedziby)</i>	
NUMER KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	
NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)	
NUMER IDENTYFIKACYJNY REGON	.....
DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ	..... /..... /..... r.

² Za datę złożenia Wniosku uważa się datę wpływu wniosku do Powiatowego Urzędu Pracy, właściwego ze względu na siedzibę Organizacji pozarządowej.

³ Powiatowy Urząd Pracy właściwy ze względu na miejsce prowadzenia działalności statutowej.

REPREZENTOWANY PRZEZ	
IMIĘ	.....
NAZWISKO	.....
NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI (dowód osobisty, paszport, inny)	.....
NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI	.....
PESEL (jeżeli dotyczy):	.....
ADRES E-MAIL	.....
TELEFON KONTAKTOWY	.....

CZĘŚĆ C		
WNOSZĘ O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZEŃ PRACOWNIKÓW ORAZ NALEŻNYCH OD TYCH WYNAGRODZEŃ SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE:	.....
	<i>(Data nie wcześniejsza niż dzień złożenia Wniosku)</i>	
Z TYTUŁU SPADKU PRZYCHODÓW⁴		
DLA	.....	PRACOWNIKÓW⁵
	<i>(podać liczbę pracowników z załącznika nr 2 do wniosku)</i>	
PRZYSŁUGUJĄCYCH ZA OKRES	.....	MIESIĘCY
	<i>(podać liczbę miesięcy, nie więcej niż 3 miesiące⁶)</i>	
Z PRZEZNACZENIEM NA:		
DOFINANSOWANIE CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA PRACOWNIKÓW ORAZ NALEŻNYCH OD TYCH WYNAGRODZEŃ SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W PRZYPADKU SPADKU PRZYCHODÓW Z DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ	.....
	zł <i>(podać łączną kwotę za cały okres z załącznika nr 2 do wniosku)</i>	
W ZAKRESIE WYKONYWANEJ DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ POSŁUGUJE SIĘ RACHUNKIEM: <i>(proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę i podać numer rachunku)</i>	bankowym	
	w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej	
	Nr	

⁴ o którym mowa w art. 15z 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”

⁵ o których mowa w art. 15z ust. 2 ustawy

⁶ o którym mowa w art. 15z ust. 6 ustawy

Część D

Oświadczam, że:

1. zawarte we wniosku informacje o spadku przychodów z działalności statutowej są zgodne z prawdą.
2. zatrudniam osoby objęte niniejszym wnioskiem.
3. nie mam zaległości w regulowaniu zobowiązań podatkowych, składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Pracy lub Fundusz Solidarnościowy do końca trzeciego kwartału 2019 r
4. zobowiązuję się przeznaczyć środki z dofinansowania na koszty związane z wynagrodzeniami pracowników oraz składkami na ubezpieczenia społeczne, należnymi od tych wynagrodzeń.
5. nie otrzymałem i nie ubiegam się dofinansowanie na ten sam cel z innych środków publicznych.
6. zapoznałem się z obowiązkiem utrzymania w zatrudnieniu pracowników objętych umową przez okres dofinansowania oraz, po zakończeniu dofinansowania, przez okres równy temu okresowi.
7. zapoznałem/łam się z obowiązkiem prowadzenia działalności przez okres przyznania wsparcia oraz okres równy temu okresowi po zakończeniu dofinansowania.
8. 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
Organizacji pozarządowej

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

