…………………..……………… ……………………………..

Pieczęć Wnioskodawcy Miejscowość i data

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w …………………………..**

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ CZĘŚCI WYNAGRODZENIA I SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE  
Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA BEZROBOTNEGO DO 30-GO ROKU ŻYCIA**

na zasadach określonych w art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j. t. Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późniejszymi zmianami).

1. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa (firma) pracodawcy / przedsiębiorcy ……………………………………………………………………………………
3. Adres siedziby ……………………………………………………………………………………………………………………..………….
4. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………………………………………..
5. Telefon ……………………………….………. fax ……………….……… e-mail ……………………………………..……………..
6. Forma organizacyjno –prawna ………………………………………………………………………………………….…………..
7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej …………………………………..…………………………
8. REGON ………………….…………. NIP ………………………….. KRS……………………………………………….

PKD ………………………………..

1. Wielkość przedsiębiorstwa (mikro, małe, średnie, inne\*) ………………………………………..…………………..
2. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………………………………..………..
3. Numer rachunku bankowego …………………………………………………………………………………………..………….
4. Forma rozliczeń podatkowych……………………………………………………………………………………………………

(\*właściwe zakreślić

1)W kategorii MŚP mikro przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.

2)W kategorii MŚP przedsiębiorstwo małe definiuje się jako zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

3)W kategorii MŚP na średnie przedsiębiorstwa składają się przedsiębiorstwa zatrudniające mniej niż 250 pracowników, i których

roczny obrót nie przekraczają 50 milionów EUR, a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.

1. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja o stanie zatrudnienia u Pracodawcy (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) za okres ostatnich 6 miesięcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc / rok** | **Ogólny stan zatrudnienia (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy)** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę (art. KodeksuPracy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

II.  **INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU BEROBOTNYCH**

1. Liczba osób bezrobotnych proponowana do zatrudnienia ………………….
2. Proponowany okres zatrudnienia od …………..……. do …………………. tj. …………………. miesięcy
3. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
4. Nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów) ……………………………………………………..…..
5. Zakres wykonywanych czynności ……………………………………………………………………………….………………
6. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
7. Wykształcenie …………………………………….
8. Specjalność ………………………………………..
9. Dodatkowe kwalifikacje ………………………………………………………
10. Miejsce wykonywania pracy ………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

1. Zmianowość ………………… ; Praca w godzinach: od ……… do ……..
2. Proponowane wynagrodzenie (brutto): …………………..…………….
3. Termin realizacji wypłat wynagrodzeń pracowniczych: …………………………………………………………………..

**III.Dotychczasowa współpraca z PUP Kozienice w zakresie aktywizacji zawodowej bezrobotnych w ostatnich 24 miesiącach przed złożeniem wniosku ( dotyczy wszystkich form aktywizacji: staże, prace interwencyjne i inne formy wsparcia finansowanego ze strony PUP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr umowy oraz forma wsparcia** | **Liczba osób skierowanych** | **Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umowy** | **uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IV. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.)
3. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną, pomoc na zasadach *de minimis*
4. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia urzędu o możliwości przekroczenia pomocy *de minimis*.
5. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych.
6. W ciągu ostatnich w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nie nastąpiło w moim przedsiębiorstwie zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

(Zgodnie z art.2 ust.1 pkt.29 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, pryczynami dotyczącymi zakładu pracy są:

a) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,

b) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,

c) wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,

d) rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika).

1. Nie toczy się w stosunku do mojego przedsiębiorstwa postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego;
2. Ponadto zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.
3. Deklaruję:
4. Zatrudnienie skierowanej osoby bezrobotnej w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres objęty refundacją (12 miesięcy) oraz przez 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.
5. Przestrzeganie w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.
6. Przyjmuję do wiadomości, że złożony niekompletny wniosek bądź zawierający braki formalne będzie rozpatrywany po ich uzupełnieniu.
7. **Wyrażam/-y zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Kozienicach, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie przyznania pracodawcy refundacji części kosztów zatrudnienia za bezrobotnych do 30 roku życia, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych .
8. **Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych art.233 k.k.**

**„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 (…)”" oświadczam że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą i potwierdzam własnoręcznym podpisem**

*………………….., dnia ……………………….*

*………………………………………………….*

*/ podpis i pieczątka Wnioskodawcy /*

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Oświadczenie lub zaświadczenia o pomocy *de minimis*.
2. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
3. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów.
4. W przypadku, gdy miejscem wykonywanej pracy nie jest siedziba Wnioskodawcy dołączyć należy kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu wykonywanej pracy.

***DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY***

*Przyznaję / nie przyznaję refundację na części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30-go roku życia*

*…………………………………………………………………………………*

*Powiatowy Urząd Pracy*