…………………………………

(pieczęć firmowa pracodawcy)

###### .................................................... POWIATOWY URZĄD PRACY

(forma opodatkowania)

**w WĄGROWCU**

…………………………………

( stawka opodatkowania )

###### WNIOSEK

**o refundację kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego do 30-go roku życia**

*na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. pozycja 1065), 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.), w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.UE L 352/1 z 24.12.2013) oraz rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.UE L 352/9 z 24.12.2013 lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury).*

I DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:

1. Nazwa i adres siedziby Pracodawcy, tel. ...........................................................................................

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

1. Imię, nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

1. Miejsce prowadzenia działalności .......................................................................................................

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

1. NIP ........................................, REGON......................................, PKD ……………..........................

Nazwa banku i numer konta.................................................................................................................

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

1. Forma organizacyjno - prawna...........................................................................................................
2. Rodzaj prowadzonej działalności.........................................................................................................
3. Data rozpoczęcia działalności :...........................................................................................................
4. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe : …………………………….
5. Identyfikator gminy : …………………………
6. Wielkość pracodawcy ubiegającego się o pomoc : ……………………………………………………

( mikro, mały, średni, inny)

1. W okresie ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku zatrudnienie w zakładzie przedstawiało się następująco:\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Miesiąc, rok** | Liczba | Liczba uczniów | Liczba pracowników ogółem |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*do stanu zatrudnienia nie wlicza się osób zatrudnionych w ramach umowy : o pracę młodocianych, o pracę nakładczą młodocianych – przyuczenie do zawodu, o dzieło, zlecenie, odbywających służbę wojskową, przebywających na urlopach bezpłatnych powyżej 1-go miesiąca, studentów – praktykantów oraz osób przebywających na urlopach macierzyńskich i wychowawczych.

1. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku: ( liczba pracowników): ………………………………………………......................................................................................
2. Przyczyny zmniejszenia stanu zatrudnienia :

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

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

1. Czy w zakładzie było już organizowane subsydiowane zatrudnienie w okresie ostatnich 2 lat

(jakie, kiedy i dla ilu bezrobotnych) ..................................................................................................................................................................

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

Ile osób zostało zatrudnionych po okresie refundacji i na jak długo?........................................................

lub przyczyna niezatrudnienia ...................................................................................................................

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA :

1. Liczba wnioskowanych refundowanych miejsc pracy : ……………………………….

2. Miejsce i okres świadczenia pracy :

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

3. Proponowane wynagrodzenie:..........................................................................................................

4. Rodzaj wykonywanych prac...............................................................................................................

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

- na stanowisku ………………………………………………………………………………………

- zmianowość ……………………………………………………………………………………….

5. Wymagania wobec kandydata:

- wykształcenie ……………………………………………………………………………………

- zawód wyuczony…………………………………………………………………………………

- kwalifikacje ………………………………………………………………………………………

- wymagany staż pracy ……………………………………………………………………………

- dodatkowe uprawnienia …………………………………………………………………………

6. Inne informacje : - imię i nazwisko , adres oraz nr telefonu osoby do kontaktów i korespondencji

w zakresie wnioskowanej umowy :

…………………………………………………………………………………………..

**Oświadczam, że:**

* Spełniam warunki, o których mowa w przepisach wydanych przez Komisję Europejską na podstawie art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, tj. w rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013, z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.UE L 352/1 z 24.12.2013 ) oraz rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu   
  o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.UE I, 352/9 z 24.12.2013 r.
* W okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **uzyskałem/nie uzyskałem[[1]](#footnote-1)** pomoc publiczną de minimis.

W przypadku odpowiedzi **uzyskałem** proszę wypełnić poniższą tabelę. (Wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy de minimis   
w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie | Data udzielenia pomocy(dzień- miesiąc-rok) | Wielkość  pomocy brutto | |
| W PLN | W EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość**  **de minimis** |  |  |

* Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszych decyzji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
* Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy publicznej.
* 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 PUP, otrzymam pomoc publiczną.
* W okresie 2 lat przed dniem złożenia nin wniosku nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie.
* Zobowiązuję się do zawarcia stosownej umowy oraz do zatrudnienia zgodnie z zawartą umową refundację części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem bezrobotnego do 30 roku życia.
* Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek   
  o likwidację.
* Nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
* Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.
* Po zakończeniu zatrudnienia w ramach realizowanej umowy zobowiązuję się do zatrudnienia, w pełnym wymiarze czasu pracy, w ramach umowy o pracę, na czas nieokreślony / określony ...................... bezrobotnych ( na okres …………….. miesięcy).
* Oświadczam, że w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem niniejszego wniosku, nie nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
* W przypadku niedotrzymania warunków zawartej umowy, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanej refundacji wraz z odsetkami naliczonymi od całości kwoty udzielonej pomocy od dnia wypłaty pierwszej kwoty udostępnionych środków.

**WNIOSKI NIEKOMPLETNIE I NIEPRAWIDŁOWO WYPEŁNIONE NIE PODLEGAJĄ ROZPATRZENIU!**

**Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam(y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Wągrowiec, dnia.........................................

### Podpisy

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

(główny księgowy lub inna osoba (właściciel, dyrektor, prezes)

prowadząca dokumentację finansową)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię dokumentupoświadczającego formę prawną istnienia firmy
2. Beneficjent pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2007 r. Nr 59,poz.404 z póź. zm.) do wniosku dołącza informacje , zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie o których mowa w art.37 ust.1 i 2 tej ustawy na wymaganym formularzu.
3. Świadectwa pracy z okresu ostatnich 6-ciu miesięcy – w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia.

**Wypełnia PUP:**

1. Centrum Aktywizacji Zawodowej pozytywnie / negatywnie ( niewłaściwe skreślić) opiniuje możliwość skierowania zarejestrowanych bezrobotnych w tut. PUP na proponowane stanowisko.

Wągrowiec, dnia

(podpis CAZ)

1. Rozpatrzono pozytywnie w zakresie miejsc pracy.
2. Rozpatrzono negatywnie, z powodu

Wągrowiec, dnia …………………………………………….. ……………………………………….….

(podpis RP)

### 

**REFUNDACJA CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA ORAZ SKŁADEK**

**NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ZA ZATRUDNIENIE**

**BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA**

Od 1 stycznia 2016 roku pracodawca lub przedsiębiorca, zamierzający zatrudnić młoda

osobę bezrobotną, może skorzystać z refundacji poniesionych kosztów związanych

z wynagrodzeniem.

Kto może ubiegać się o refundację **?**

**-** pracodawca lub przedsiębiorca, który :

**- w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o refundację wynagrodzenia nie zmniejszył zatrudnienia z przyczyn zakładu pracy**

**- zamierzający zatrudniać skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia przez łączny okres min. 24 miesięcy**

Jak uzyskać refundację ? – kolejne kroki

**- złożenie wniosku o refundację wraz z informacją o pomocy de minimis**

**- podpisanie umowy z urzędem pracy i przyjęcie do pracy skierowanego przez urząd bezrobotnego do 30 roku życia**

**- okresowe składanie dokumentów potwierdzających zatrudnienie skierowanego bezrobotnego i wypłacenie wynagrodzenia oraz opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne**

**- wypłata kwoty refundacji na rachunek pracodawcy lub przedsiębiorcy**

Obowiązki pracodawcy lub przedsiębiorcy

**- zatrudnienie i zatrudnianie w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego przez urząd pracy bezrobotnego do 30 roku życia przez okres refundacji ( 12 miesięcy) oraz przez kolejnych minimum 12 miesięcy po okresie refundacji : łącznie przez nieprzerwany okres powyżej 24 miesięcy**

**- zwrot ( proporcjonalny lub całkowity ) otrzymanych refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia pierwszej wypłaty refundacji w przypadku niewywiązania się z warunku zatrudnienia**

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)