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

(pieczęć firmowa pracodawcy)

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

(forma opodatkowania)

**w WĄGROWCU**

(stawka opodatkowania)

###### WNIOSEK

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW PONIESIONYCH NA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE NALEŻNE OD PRACODAWCY ZA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA, KTÓRZY PODEJMUJĄ ZATRUDNIENIE PO RAZ PIERWSZY W ŻYCIU**

*na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r. pozycja 674 z późn. zm.) oraz 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 oraz w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz .U. Nr 59 z 2007 r., poz.404, z późn .zm.).*

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 ……………...................................
2. Nazwa banku i numer konta
3. Forma organizacyjno - prawna
4. Rodzaj prowadzonej działalności
5. Data rozpoczęcia działalności:
6. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe:
7. Identyfikator gminy:
8. 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 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

\*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 (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy)

1. Przyczyny braku wzrostu zatrudnienia lub zmniejszenia stanu zatrudnienia :

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA:

1. Wnioskowana liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy:
2. Zawód, poziom wykształcenia, wymagane kwalifikacje

1. Miejsce i okres świadczenia pracy:
2. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego bezrobotnego: ............................................................................................................. zł/m-c.
3. Rodzaj wykonywanych prac

* na stanowisku
* zmianowość
* na stanowisku
* zmianowość

6. Inne wymogi lub informacje:

**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. wynikających   
  z 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-2)** 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 365 dni przed dniem złożenia wniosku o refundację kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenie społeczne 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.
* 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 okresu refundacji kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenie społeczne należne od pracodawcy za skierowanych bezrobotnych do 30 r. ż. zobowiązuję się do ich zatrudnienia, w pełnym wymiarze czasu pracy, w ramach umowy o pracę, na czas nieokreślony / określony ............................... bezrobotnych, na okres …………………………….. (min. 6 miesięcy).
* 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.

**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.**

Data ........................................

### Podpisy

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

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

prowadząca dokumentację finansową)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię dokumentupoświadczającego formę prawną istnienia firmy
2. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**Wypełnia PUP:**

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

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

Podpis pracownika PUP

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)