



Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu

ul. Kolejowa 22, 62-100 Wągrowiec, tel./fax (67) 26 21 081, www.wagrowiec.praca.gov.pl, powa@praca.gov.pl

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA I SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNEGO DO 30 ROKU ŻYCIA, W RAMACH PRYZNANEGO BONU ZATRUDNIENIOWEGO

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021r., poz.1100 z późn. zm.)

I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:

1. Pełna nazwa pracodawcy.....
.....
2. Adres siedziby pracodawcy
3. Adres do korespondencji
4. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy
5. Telefon, fax, e-mail
6. NIP REGON PKD 2007
7. Forma organizacyjno-prawna
- (przedsiębiorstwo państwowe, osoba prawna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka akcyjna, z o.o., cywilna, jawna, itd.)*
8. Data rozpoczęcia działalności
9. Forma i stawka opodatkowania
10. Nazwa i numer rachunku bankowego
-
11. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe
12. Kategoria przedsiębiorstwa (zaznaczyć odpowiednie):
 mikro, mały, średni, inny
13. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku
- (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 urloпах bezpłatnych powyżej 1-go miesiąca, studentów – praktykantów oraz osób przebywających na urloпах macierzyńskich i wychowawczych).*
14. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku:
(analogicznie jak w pkt. 13):

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba pracowników	Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy tryb i przyczyna rozwiązania
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

15. Czy w zakładzie było już organizowane subsydiowane zatrudnienie w okresie ostatnich 3 lat (jakie, kiedy, dla ilu bezrobotnych)

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

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA:

1. Imię i nazwisko kandydata, który otrzymał bon zatrudnieniowy
2. Miejsce wykonywania pracy (podać dokłądy adres):
3. Okres świadczenia pracy:
4. Proponowane wynagrodzenie:
5. Rodzaj wykonywanych prac:
6. Nazwa zawodu / stanowiska:
7. Zmianowość (proszę wpisać godziny pracy dla każdej zmiany):
8. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia, tj. po 18 miesiącach gwarantujemy dalsze zatrudnienie osoby bezrobotnej skierowanej przez urząd przez okres miesięcy (minimalny wymagany dodatkowy okres zatrudnienia wynosi 1 miesiąc).

KLAZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu z siedzibą w Wągrowcu ul. Kolejowa 22, kod pocztowy 62-100, e-mail: powa@praca.gov.pl, tel. 67 26 21 081.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Pan Krzysztof Pukaczewski, e-mail: pukaczewska@hotmail.com
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych w zakresie przewidzianym przepisami prawa.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (w szczególności: Ustawa- Kodeks postępowania administracyjnego, Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawa prawo zamówień publicznych) jest obligatoryjne.

Powyższe informacje przyjmuję do wiadomości.

.....
(data, pieczętka i podpis pracodawcy)

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oświadczenie wnioskodawcy
2. Oświadczenie o pomocy de minimis
3. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 KK „ 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 do lat 3” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są **zgodne/niezgodne*** ze stanem faktycznym.
2. **Spełniam/nie spełniam*** warunki o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018 poz.362 z późn. zm.).
3. **Nie zalegam/ zalegam*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz zopłaceniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i i innych danin publicznych.
4. **Nie byłem/ byłem*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny;
5. W ciągu ostatnich 365 dni przed dniem złożenia wniosku **nie zostałem/ zostałem*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
6. **Nie toczy/ toczy*** się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewidują złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego.

ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY

Pracodawca zobowiązuje się do:

1. Niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy de minimis.
2. Złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy otrzyma taką pomoc.
3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.
4. Przestrzegania w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i przepisów wewnątrzzakładowych.

.....
(data, pieczęć i podpis pracodawcy)

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 par. 1 ustawy z dnia 06.06.1997r. Dz.U. z 2019 poz.1950 z późn.zm. – Kodeks Karny):

Oświadczam, że

.....

(pełna nazwa Wnioskodawcy, NIP i REGON)

- w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych **nie uzyskałem** pomocy publicznej de minimis*
- w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych **uzyskałem** pomoc publiczną de minimis*. 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
1					
2					
3					
4					
5					
łącna wartość pomocy de minimis					

.....
(data, pieczętka i podpis pracodawcy)

*należy zaznaczyć właściwą odpowiedź