**POWIATOWY URZĄD PRACY**

ul. Bema 2, 21–200 Parczew tel./fax. 83 355-16-30,

e-mail: [**lupa@praca.gov.pl**](mailto:lupa@praca.gov.pl),[**www.parczew.praca.gov.pl**](http://www.parczew.praca.gov.pl)

Parczew, dnia ...............................

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

(pieczątka Wnioskodawcy)

**W N I O S E K- 2017**

o refundację wynagrodzenia, nagród oraz składki na ubezpieczenie społeczne

na okres 12 miesięcy dla skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Podstawa Prawna:

1. Art. 150f i 150g ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.);

2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r. poz. 1808 ze zm.);

3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1870 z późn. zm.);

4. Rozporządzenie 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;

5. Rozporządzenie Komisji UE Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym;

6. Rozporządzenie Komisji UE Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa lub imię i nazwisko (w przypadku osoby fizycznej) : ………………………………………….............

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

1. Adres siedziby: …………………………………………………………………………………………..
2. Adres miejsca prowadzenia działalności gospodarczej: …………………………………………………

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

1. PESEL(w przypadku osoby fizycznej): ………………… NIP : ………………… REGON: ………………..
2. Tel.: ……………….. tel. kom.:…………………… fax: ……………… e-mail: …………………….....
3. Forma prawna działalności gospodarczej: ………………………………………………………………..

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

1. Rodzaj działalności gospodarczej (wg PKD): ……………………………………………………………

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

1. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………………………………………
2. Forma opodatkowania:
3. karta podatkowa\*
4. księga przychodów i rozchodów ………%\*
5. pełna księgowość ……….%\*
6. ryczałt od przychodów ewidencjonowanych ……….%\*
7. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe …………….…%
8. Nazwa banku i nr rachunku bankowego: …………………………………………………………………

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

1. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe, numer telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu z Urzędem: ……………………………………………………………………………………………….....................
2. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe, numer telefonu osoby uprawnionej do podpisania umowy:……………………………………………………………………………………………………

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

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

1. Aktualna liczba zatrudnionych pracowników, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, **w dniu** **złożenia wniosku wynosi** ………………………………………………………………………………...
2. Stan zatrudnienia w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Miesiąc/ rok** | **Liczba pracowników w oparciu o umowę o pracę** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |

1. Liczba dokonanych rozwiązań stosunków pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy[[1]](#footnote-1) przed dniem złożenia wniosku: ……..............................................................................................................................................

□ z przyczyn dotyczących zakładu pracy:……………….

□ z przyczyn nie dotyczących zakładu pracy:……….......

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO MIEJSCA PRACY**

1. Liczba bezrobotnych, których Wnioskodawca zamierza zatrudnić w ramach refundacji wynagrodzeń: ……………………… .
2. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia w zł/m-c.: …………………
3. Proponowana data rozpoczęcia zatrudnienia ……………………………………….….……………..…
4. Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto …………………….……………………………zł/m-c.
5. Miejsce wykonywania pracy osób zatrudnionych w ramach refundacji ***(dokładny adres***): ………………

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

1. System wypłaty wynagrodzenia (miesięczny, akordowy, ryczałtowy, godzinowy) ……………………
2. Poniesienie przez Wnioskodawcę kosztów zatrudnienia następuje:   
   **a) Wypłata wynagrodzenia**   
   □ w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie □ w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie
3. **b) Opłacenie składek na ubezpieczenie społeczne**   
   □ w miesiącu, w którym nastąpiła wypłata wynagrodzenia   
   □ w miesiącu następnym po wypłacie wynagrodzenia.
4. Zmianowość ……………………………….., godziny pracy: …………….………………………………
5. Opis stanowiska pracy na którym zatrudniony zostanie skierowany bezrobotny:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska pracy oraz kod zawodu** | **Kwalifikacje , umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny**  ***(P-pożądane, K-konieczne)-zaznaczyć odpowiednie*** | | | | **Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego (ogólny zakres obowiązków)** |
| **1.** |  | **Poziom wykształcenia** |  | **K** | **P** |  |
| **Umiejętności** |  | **K** | **P** |
| **Uprawnienia** |  | **K** | **P** |
| **Doświadczenie zawodowe** |  | **K** | **P** |
| **Znajomość języków obcych z określeniem poziomu znajomości** |  | **K** | **P** |

**Uwaga! Nazwa stanowiska pracy oraz kod zawodu musi być zgodny z klasyfikacją zawodów dostępną na stronie internetowej pupparczew.pl - „dokumenty do pobrania”.**

**Oświadczam, że na dzień składania wniosku informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. z 2016r. poz. 922)**

***Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji, wyjaśnień lub dokumentów potwierdzających informacje zawarte we wniosku***

…………………………….. . ….……………………………………..

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Wnioskodawca lub osoby

uprawnionej do reprezentowania )

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną podmiotu:

- w przypadku jednostek samorządu terytorialnego i innych jednostek sektora finansów publicznych – należy dołączyć dokumenty potwierdzające fakt powołania jednostki, akt założycielski, statut, uchwała, regulamin,

-  w przypadku Wnioskodawcy działającego w formie spółki należy dołączyć kserokopię umowy spółki.

1. Dokument potwierdzający pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy – jeżeli nie wynika ze złożonych dokumentów.
2. Oświadczenie Wnioskodawcy- Załącznik Nr 1.
3. Oświadczenie i zaświadczenia o otrzymaniu pomocy publicznej i pomocy de minimis – Załącznik Nr 2.

**Beneficjenci pomocy publicznej dodatkowo do wniosku dołączają:**

1. Formularz o pomocy de minimis – Załącznik Nr 3.

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone**

**przez Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem.**

**Załącznik nr 1** do wniosku o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Parczew, dnia ...............................

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

(pieczątka Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**Niniejszym oświadczam, że:**

1. **Zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. **Zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. **Zobowiązuję się** do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres objęty refundacją oraz do dalszego zatrudnienia (po upływie okresu refundacji) skierowanego bezrobotnego przez okres minimum 12-miesięcy)
4. **Jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r.   
   o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808   
   ze zm.).
5. **Rozwiązałem/nie rozwiązałem** stosunku pracy z pracownikiem z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
6. **Byłem / nie byłem\*** karany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **jestem/ nie jestem**\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
7. **Zatrudniam / nie zatrudniam co najmniej jednego pracownika** (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą);
8. **Posiadam/nie posiadam**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
9. **W okresie 365 dni przed dniem złożenia niniejszego wniosku:**   
   -**zostałem/ nie zostałem**\* ukarany, skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub   
   -**jestem/nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy; Przyjmuję do wiadomości, że urząd może nie przyjąć oferty pracy, w szczególności jeżeli wnioskodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
10. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki, o których mowa 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. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 str.1),
11. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 str.9)
12. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190, z 28.06.2014 str. 45)
13. ***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2016 r. poz. 922).***

***Oświadczam, że na dzień składania wniosku informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.***

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

(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

**\* niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 2** do wniosku o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Parczew, dnia ...............................

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

(pieczątka Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**O POMOCY PUBLICZNEJ I POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam , że:

- w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz 2 poprzedzających go lat kalendarzowych do dnia złożenia wniosku o refundację wynagrodzenia, nagród oraz składki na ubezpieczenie społeczne dla skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia:

* **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)**\* środków stanowiących pomoc publiczną lub pomoc de minimis w zakresie wynikającym z art. 37\*\* ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.  
  o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808   
  ze zm.).

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Wartość pomocy w złotych** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |  |

* **otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)\***inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis

………………………………………..……

(czytelny podpis i pieczątka Wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

\*\* Podmiot ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy, wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy: 1) wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis, jakie otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie; 2) oświadczenia o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej

1. Starosta lub osoba upoważniona nie może zawrzeć umowy o refundację z pracodawcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy – oznacza to:

   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 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 [↑](#footnote-ref-1)