



POWIATOWY URZĄD PRACY W ŚWINOUJŚCIU

UL. WOJSKA POLSKIEGO 1 / 2A

TEL./FAX: 91 - 321 97 77, 321 97 75

sekretariat@pup.swinoujscie.pl www.pup.swinoujscie.pl

Świnoujście, dnia

.....
(pieczętka Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Wniosek nr

WNIOSEK

o refundację części kosztów wynagrodzenia, nagrody oraz składek na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia.

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(t. jedn. Dz. U z 2015r., poz.149, z późn. zm.)

(Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku. Jeżeli informacje w danym punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy należy wpisać: „brak”, „nie dotyczy”, „nie posiadam”.
Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo wypełnione.)

I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY:

1. Nazwa i adres:

a) adres siedziby:

b) adres miejsca prowadzenia działalności:

fax: e-mail: tel:

2. NIP: REGON: PKD:

3. Nazwa banku i numer konta:

4. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:

5. Forma opodatkowania oraz wielkość zatrudnienia:

6. Rodzaj prowadzonej działalności:

data rozpoczęcia działalności:

7. Stopa ubezpieczenia wypadkowego: %

8. Dane osób upoważnionych do podpisania umowy o refundację części kosztów wynagrodzenia, nagrody oraz składek na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych (należy przedłożyć pełnomocnictwo lub inny dokument upoważniający do reprezentowania Pracodawcy):

imię i nazwisko:

PESEL: seria i numer dowodu osobistego:

adres zamieszkania:

data udzielenia pełnomocnictwa:

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH REFUNDACJI:

1. Liczba osób bezrobotnych proponowana do zatrudnienia:

2. Proponowany okres zatrudnienia:

od do tj: miesięcy

3. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy o refundację:

a) **nazwa stanowiska** (zgodnie z klasyfikacją zawodów):

.....

b) **zakres wykonywanych czynności:**

.....

.....

4. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:

a) wykształcenie:

b) dodatkowe kwalifikacje/uprawnienia/umiejętności:

.....

5. Miejsce wykonywania pracy:

.....

6. Zmianowość:; praca w godzinach od do

7. **Proponowane wynagrodzenie (brutto):**

a) wynagrodzenie miesięczne brutto:

b) obowiązkowe miesięczne składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe) opłacone od w/w wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia osoby skierowanej, opłacane przez płatnika składek:

- wysokość planowanych kosztów wynikających z zatrudnienia:

<i>Nazwa stanowiska pracy</i>	<i>Refundacja wynagrodzenia brutto/m-c</i>	<i>Refundacja składki na ubezpiec. społ./m-c</i>	<i>Razem refundacja/m-c</i>	<i>Ilość miesięcy</i>	<i>Wysokość refundacji ogółem</i>

.....
(data, podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

III. Oświadczenia, zobowiązania i deklaracje beneficjenta pomocy

Zgodnie z art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania, jako beneficjent pomocy (tj. Pracodawca/Przedsiębiorca) oświadczam, że:

1. **posiadam / nie posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
2. znana jest mi treść i **spełniam / nie spełniam*** warunki określone w:
 - a) w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy art.150 f-g (t. jedn. Dz. U z 2015r., poz.149, z późn. zm.)
 - b) warunki dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2007r. Nr 59 poz. 404 z późn.zm.),
3. w ciągu ostatnich 365 dni **byłem / nie byłem*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem w takiej sprawie (art. 36 ust.5 f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy),
4. **jestem / nie jestem*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.),
5. **otrzymałem / nie otrzymałem*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy publicznej uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem,

6. zatrudnienie skierowanego bezrobotnego w ramach refundacji nie spowoduje zwolnienia innego pracownika,
7. w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku zmniejszyłem / nie zmniejszyłem* zatrudnienie z przyczyn dotyczących zakładu pracy,

Ponadto zobowiązuje się do :

1. niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach,
2. złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy *de minimis*, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymałem taką pomoc,
3. niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczeniu granicy dopuszczalnej pomocy.

Deklaruję:

1. Utrzymanie zatrudnienia skierowanych osób bezrobotnych minimum przez 24 miesiące.
2. Przestrzeganie w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.

....., dnia

.....
(podpis i pieczętka Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Załączniki:

1. **Oświadczenia, zobowiązania i deklaracje beneficjenta pomocy,**
2. **Deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA z ostatnich 6 miesięcy,**
3. Informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
4. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegające się o pomoc *de minimis* (Dz.U. z 2014r. poz. 1543 z późn. zm.),
5. **Dokument potwierdzający formę prawną istnienia podmiotu:**
 - a) w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – dokument potwierdzający wpis w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG (<http://prod.ceidg.gov.pl> lub <http://firma.gov.pl>);

b) w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego – dokument potwierdzający wpis do KRS w formie wydruku ze strony internetowej <http://krs.ms.gov.pl> ;

c) w przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć kserokopię umowy spółki cywilnej oraz wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – dokument potwierdzający wpis w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG (<http://prod.ceidg.gov.pl> lub <http://firma.gov.pl>) wszystkich wspólników;

d) w przypadku Urzędów Gmin należy przedłożyć kserokopię uchwały Rady Gminy w sprawie uchwalenia statutu gminy wraz z zaświadczeniem o wyborze na stanowisko wójta/burmistrza gminy;

e) w przypadku szkół, przedszkoli należy przedłożyć kserokopię aktu założycielskiego szkoły, przedszkola lub pierwszych stron statutu szkoły, przedszkola, powołanie na stanowisko dyrektora

szkoły, przedszkola wraz z pełnomocnictwem do składania oświadczeń woli;

f) inne, np.: koncesje, zezwolenia itp.

6. **Kserokopia (potwierdzona za zgodność) zaświadczenia z Urzędu Statystycznego o nadaniu numeru REGON** (w przypadku gdy nie wynika z dokumentacji rejestrowej wnioskodawcy),
7. **Kserokopia (potwierdzona za zgodność) decyzji Urzędu Skarbowego w sprawie nadania NIP** (w przypadku gdy nie wynika z dokumentacji rejestrowej wnioskodawcy).

Oświadczenie o wspólności majątkowej małżeńskiej
(wypełnia Pracodawca/Przedsiębiorca)
dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą

Oświadczam, że:

1. Nie pozostaję / pozostaję w związku małżeńskim*

2 a) Posiadam rozdzielną majątkową*

Z:

(Imię i Nazwisko współmałżonka/i proszę załączyć umowę, orzeczenie sądu, itp.)

2 b) Pozostaję w ustawowej wspólności majątkowej*

Z:

(Imię i Nazwisko współmałżonka)

3. Dane współmałżonka:

PESEL: _____ seria i nr dowodu osobistego: _____

wydany przez: _____

adres zamieszkania: _____

telefon: _____

Źródło dochodów współmałżonka: _____

** proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź*

Zgodnie z art. 75 §2 ustawy z dnia 14.06.1960r. Kodeks postępowania administracyjnego /tekst jedn. Dz.U. z 2013r. poz. 267 z późn. zm./ pouczone(a) o odpowiedzialności karnej, z art. 233 ustawy z dnia 06.06.1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) - niniejsze oświadczenie składam zgodnie z prawdą.

/ data i czytelny podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy /

Oświadczenie współmałżonka
w przypadku pozostawania w ustawowej wspólności małżeńskiej
(wypełnia współmałżonek Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Oświadczam, że:

1. mój mąż / żona* poinformował/a mnie, iż ubiega się w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świnoujściu o refundację ze środków Funduszu Pracy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia,
2. zapoznałam/em się z treścią wniosku o zorganizowanie w/w refundacji,
3. jest mi wiadomo, iż po uzyskaniu refundacji wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia, za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, należy utrzymać zatrudnienie przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy, po 12 miesięcznym okresie refundacji oraz będą respektowane inne postanowienia umowy, które zostaną zawarte pomiędzy wnioskodawcą a Powiatowym Urzędem Pracy w Świnoujściu, gdyż w przeciwnym wypadku powstaje zobowiązanie do zwrotu przyznanych środków wraz z odsetkami w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wezwania.

Zgodnie z art. 75 §2 ustawy z dnia 14.06.1960r. Kodeks postępowania administracyjnego /tekst jedn. Dz.U. z 2013r. poz. 267 z późn. zm./ pouczony(a) o odpowiedzialności karnej, z art. 233 ustawy z dnia 06.06.1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 1997r. nr 88, poz. 553 z późn. zm.) - niniejsze oświadczenie składam zgodnie z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Świnoujściu zawartych w niniejszym oświadczeniu na każdym etapie prowadzenia sprawy dotyczącej zorganizowania refundacji.

/ data i czytelny podpis współmałżonka Pracodawcy/Przedsiębiorcy/

.....
miejsowość, data

.....
Pracodawca/Przedsiębiorca

.....
adres

.....
PESEL/REGON/NIP*

Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis*

(podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły,
producenta rolnego*)

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że w roku w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

1. nie otrzymałem pomocy *de minimis**
2. otrzymałem pomoc *de minimis**

.....
.....
(podać źródła pomocy i dołączyć wszystkie zaświadczenia – kopie potwierdzone przez
Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem)

Prawdziwość oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem. Znana jest mi treść art. 233 § 1 Kodeksu karnego o odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
data

.....
/ podpis oraz pieczętka Pracodawcy/Przedsiębiorcy /

*-niepotrzebne skreślić