|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć firmowa wnioskodawcy) | , (miejscowość i data) |
| **Powiatowy Urząd Pracy w Sulęcinie****ul. Lipowa 18 b****69-200 Sulęcin** |

**W N I O S E K**

**o refundację kosztów wynagrodzenia, nagród oraz składek na ubezpieczenie społeczne dla bezrobotnych do 30 roku życia**

Podstawa prawna:

* Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016r. poz. 645),
* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.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),
* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.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),
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. nr 59, poz. 404 z późn. zm),

**Wniosek należy wypełnić czytelnie. Pracodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą wnioskodawcy należy wpisać „nie dotyczy”, „brak” lub „nie posiadam”.**

**Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone.**

Wnioskuję o refundację kosztów wynagrodzenia dla bezrobotnych do 30 roku życia dla:  osoby bezrobotnej / osób bezrobotnych. Proponowany okres zatrudnienia osoby bezrobotnej / osób bezrobotnych:

od dniado dnia 

**A. ZOBOWIĄZANIA WNIOSKODAWCY**

1. Zobowiązuje się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego (-ych) bezrobotnego (-ych) przez okres 12 miesięcy refundacji oraz 12 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne.

2. Rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę nastąpi tylko w przypadku naruszenia obowiązków pracowniczych.

**B. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy, telefon kontaktowy:

****2.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Adres siedziby wnioskodawcy:

 | 1. miejsce prowadzenia działalności:

 |

3. Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy:



4. Numer NIP : 5. Numer REGON: 6. Numer EKD(PKD):  

7. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:



8. Rodzaj prowadzonej działalności oraz data rozpoczęcia:



9. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe: 

10. Wielkość wnioskodawcy: 

11. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:



1. **DANE DOTYCZĄCE STANOWISK(-A) PRACY:**

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje kandydata(-ów) do zatrudnienia (ewentualnie imię i nazwisko wybranego(-ych) bezrobotnego

(-ych):

****

2. Stanowisko(-a) przewidziane dla bezrobotnego(-ych):

****

3. Miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego(-ych):

****

4. Rodzaj prac wykonywanych przez bezrobotnego(-ych):

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Wymiar czasu pracy:  | 6. Godziny pracy:  | 7. Termin wypłaty wynagrodzeń: |
|  |  |  |

8. Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawy kadrowe u pracodawcy oraz numer telefonu:



9. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) (w zł brutto): 

10. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) (w zł): 

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………..……………………..Data i podpis wnioskodawcy |

**Załączniki:**

1. Oświadczenia wnioskodawcy – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Krajowa oferta pracy – wg obowiązującego wzoru.
3. W przypadku **producenta rolnego** - dokumenty poświadczające podstawę i formę prawną działania Pracodawcy:
	1. dokumenty potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego **–** zaświadczenie z Urzędu Gminy**/**Miasta potwierdzające posiadanie lub dzierżawienie gospodarstwa rolnego,
	2. dokumenty potwierdzające prowadzenie działu specjalnego produkcji rolnej.
4. Pracodawca oraz Przedsiębiorca, który podlega przepisom o pomocy publicznej, tj. prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, składa do wniosku odpowiednio:

**w przypadku, gdy ubiega się o pomoc de minimis:**

* 1. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis,
	2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,

**w przypadku, gdy ubiega się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie,
2. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

Formularze dot. pomocy publicznej dostępne są na stronie [www.pupsulecin.pl](http://www.pupsulecin.pl) w dziale pobierz 🡪 [Dla wnioskodawców pomocy publicznej](http://www.pupsulecin.pl/index.php/component/remository/Dla-wnioskodawc%C3%B3w-pomocy-publicznej/?Itemid=100).

|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć firmowa wnioskodawcy) | , (miejscowość i data) |
|  | **Załącznik nr 1****do wniosku****o refundację kosztów wynagrodzenia, nagród oraz składek na ubezpieczenie społeczne dla bezrobotnych do 30 roku życia** |

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**Wypełniają wszyscy wnioskodawcy**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, co następuje:**

1. * co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o prace nakładczą);*
2.  w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej
3.  w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4.  w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
5.  w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku nastąpiło / nie nastąpiło\* zmniejszenie zatrudniania z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sulęcinie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

***\* niepotrzebne skreślić lub usunąć***

|  |
| --- |
| ……..……………………………….……...........................(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionejdo reprezentowania wnioskodawcy) |