Data ……

……..
(pieczęć podmiotu)

Powiatowy Urząd Pracy

w Poddębicach

WNIOSEK

o przyznanie refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego, który nie ukończył 30 roku życia.

art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.)

1. **Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy …….**

   ……

2. **Adres siedziby ……**

   ……

3. **Miejsce prowadzenia działalności……**

   ……

4. **Imię i nazwisko osoby / telefon / e-mail wyznaczonej do kontaktu w sprawie refundacji ……..**
5. **Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności** ……

6. **Data rozpoczęcia działalności** ……

7. **NIP**…… **REGON** ……**PKD** ……

8. **Wielkość przedsiębiorstwa** ……
   (mikroprzedsiębiorstwo, przedsiębiorstwo: małe, średnie, duże)
9. **Forma opodatkowania…….**

10. **Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe** …….

11. **Nazwa banku i numer rachunku bankowego……**

    ……

12. **Korzystałem ze środków Funduszu Pracy** (**TAK/NIE**) * **w okresie / w roku**

    ……, **w formie:** ……

13. **Aktualny stan zatrudnienia w przedsiębiorstwie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.**

Miesiąc/rok						
Liczba zatrudnionych						

W przypadku zmniejszenia zatrudnienia proszę podać przyczynę **……..**

……

14. Informacje dotyczące osób bezrobotnych planowanych do zatrudnienia w ramach refundacji.

<u>Uwaga:</u> Ustawowy okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy to 24 miesiące, w tym 12 miesięcy w ramach refundacji.

Lp.	**Zawód/stanowisko**	**Liczba osób bezrobotnych**	**Niezbędne lub pożądane kwalifikacje zawodowe**	**Okres refundacji : 12 miesięcy (od – do)**

15. Adres miejsca pracy skierowanych bezrobotnych …….

……..

16. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto …… **zł/m-c**

17. Wnioskowana wysokość refundacji (max.1850 zł/m-c) …….…… zł/m-c + składki na ubezpieczenie społeczne.

18. Deklaruję dalsze zatrudnienie po okresie 24 miesięcy (minimum 30 dni) na okres :

okres zatrudnienia w miesiącach……. liczba osób:……..,

.....
(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania pracodawcy)

<u>UWAGA:</u> Dofinansowanie jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie mają:

- 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* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1) *lub*
- 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.9)
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 ze zm.)
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie zaświadczenie o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2015r. poz. 1983).

<u>OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY</u>

1. **Zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres 12 m-cy po zakończeniu okresu refundacji;**
2. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem niniejszego wniosku **nie dokonałem / dokonałem** * zwolnień pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy;
3. **Nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskałem / uzyskałem*** innej pomocy niż pomoc *de minimis* (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się / kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą *de minimis* należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie;
5. **Nie otrzymałem / otrzymałem*** pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie/w rybołówstwie w wysokości …… w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych. <u>W przypadku korzystania z pomocy de minimis załączam do wniosku kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy.</u>
6. **Spełniam / nie spełniam*** warunki rozporządzenia 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);
7. **Spełniam / nie spełniam*** warunki rozporządzenia (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).

***niepotrzebne skreślić**

……. .....

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Poddębicach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn.zm.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

…….. ……

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

1. Wydruk z CEiDG lub KRS.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis.*
5. Wypełnione zgłoszenie krajowej oferty pracy na druku obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Poddębicach.

Informacja
dotycząca refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego, który nie ukończył 30 roku życia

Na podstawie art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Urząd może, na podstawie zawartej umowy, przyznać pracodawcy refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, zwanej dalej refundacją, za zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia.

1. Refundacja ww. kosztów przysługuje przez okres do 12 miesięcy .
2. Refundacja przysługuje w kwocie określonej w umowie, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych skierowanych bezrobotnych w miesiącu oraz kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.
3. Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego przez okres 12 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji.
4. W przypadku niewywiązania się z warunków, o których mowa powyżej, oraz nieutrzymania zatrudnienia w okresie przysługiwania refundacji, pracodawca/przedsiębiorca jest obowiązany do zwrotu uzyskanej pomocy w kwocie proporcjonalnej do okresu, w którym nie utrzymano zatrudnienia skierowanej osoby, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania refundacji za pierwszy miesiąc, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania.
5. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu 12 miesięcy przypadających po ustaniu refundacji, na zwolnione stanowisko pracy zostanie skierowany kolejny bezrobotny.
6. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy pracodawca lub przedsiębiorca zwracają uzyskaną pomoc w kwocie proporcjonalnej do okresu, w którym nie utrzymano zatrudnienia skierowanej osoby wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania.
7. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez Urząd Pracy na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca lub przedsiębiorca nie zwracają uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu.
8. Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.
9. Umowa o refundację nie może zostać zawarta z pracodawcą, u którego w okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
10. Do pracy w ramach refundacji nie będą kierowane osoby bezrobotne, które były zatrudnione lub wykonywały wcześniej pracę zarobkową u pracodawcy, są współmałżonkiem, zstępnym, wstępnym w linii prostej w pierwszym stopniu pokrewieństwa pracodawcy.

Zapoznałam/łem się z powyższymi informacjami.

…….. (miejscowość, data)

…… (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

ADNOTACJE URZĘDOWE

OCENA WNIOSKU O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE ZA ZATRUDNIONE OSOBY BEZROBOTNE DO 30 ROKU ŻYCIA

1. Potwierdzenie zdolności finansowej realizacji wniosku:

Potwierdzam **posiadanie/brak*** wolnych środków finansowych w ramach limitu Funduszu Pracy przyznanego na 2015 rok na realizację refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne za zatrudnione osoby bezrobotne do 30 roku życia.

2. Ocena pod względem formalnym i merytorycznym oraz współpracy Urzędem:

……

……

……

……

……

……

……
(Data i podpis spec. ds. programów)

3. Potwierdzenie kwalifikowalności osób będących w ewidencji PUP na wnioskowane stanowisko:

……

……

……

……
(Data i podpis pośrednika pracy)

4. Kwalifikacja wniosku: ZATWIERDZAM / NIE ZATWIERDZAM*

……

……

……

……
(Data i podpis Dyrektora PUP)

* niepotrzebne skreślić