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

/pieczęć firmowa/

Powiatowy Urząd Pracy w Tychach

ul. Budowlanych 59

43-100 Tychy

# WNIOSEK

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

Nr …………..........................………………… z dnia ………...…………

*Podstawa prawna:*

1. *Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.),*
2. *Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108Traktatu 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) lub Rozporządzenie Komisji (WE) 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)*

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa pracodawcy (pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej)

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

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

1. Adres zamieszkania oraz PESEL w przypadku osoby fizycznej ………………………..……

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

1. Adres siedziby ......................................................................................................................
2. Miejsce prowadzenia działalności ........................................................................................
3. Wysokość kapitału zakładowego (w przypadku spółek kapitałowych) ……………...............
4. Telefon/fax/ e-mail ...............................................................................................................
5. NIP ......................................................... REGON…............................................................
6. Nazwa banku .......................................................................................................................
7. Nr konta bankowego:

1. Forma organizacyjno - prawna ............................................................................................
2. Rodzaj działalności ............................................................ PKD..........................................
3. Data rozpoczęcia działalności ..............................................................................................
4. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ……………………...............
5. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

………………………………….. …………………………………..

nazwisko i imię stanowisko

………………………………….. …………………………………..

nazwisko i imię stanowisko

1. Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko osoby upoważnionej do kontaktu z PUP

.........................................................................telefon:..............................................................

1. Adres do korespondencji …………………………………………………………………………
2. Pracodawca zalicza się do kategorii:

mikro przedsiębiorstw – to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro.

małych przedsiębiorstw – to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro.

średnich przedsiębiorstw – to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro.

pozostałych – nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej.

1. Stopa ubezpieczenia wypadkowego ................................................. %

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA

1. Liczba bezrobotnych do 30 roku życia do przyjęcia ogółem................................................
2. Nazwa stanowiska / zawód (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)

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

1. Miejsce wykonywania pracy…….........................................................................................

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

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia

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

5. Termin wypłaty wynagrodzenia:

  do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący  do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

**Oświadczam, iż :**

1. Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy osobę bezrobotną, która zostanie skierowana przez okres, za który dokonywana będzie refundacja tj. przez 12 miesięcy oraz przez 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.
2. Prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
3. Nie zmniejszyłem zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy\* w okresie ostatnich
6 miesięcy przed złożeniem wniosku.
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych

oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku

są zgodne z prawdą.

Data ................................... ………………………………………..

 podpis i pieczęć Wnioskodawcy

Podpisuje osoba fizyczna :

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb związanych z realizacją powyższego wniosku o zawarcie umowy o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych, tekst jednolity
Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Data ................................... ………………………………………..

 podpis i pieczęć Wnioskodawcy

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis lub o nieotrzymaniu pomocy de minimis jaką wnioskodawca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat - jeżeli taka pomoc była udzielona; Oświadczenie o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy publicznej innej niż de minimis.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minims zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimi (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.)
3. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
4. niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666 z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,
5. **rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo**
6. W przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej – umowa spółki cywilnej.

*(załącznik 1-2 dotyczy Wnioskodawców ubiegających się o pomoc de minimis)*

\* przyczyny dotyczące zakładu pracy:

1. rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn technologicznych,
2. 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,
3. rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.

Załącznik nr 1

do wniosku o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis lub nieotrzymaniu pomocy de minimis oraz o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy publicznej innej niż de minimis

1. Oświadczam, iż zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1808,
z późn.zm.) w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

 **otrzymałem(am)** pomoc de minimis o wartości …………………………. zł, stanowiącą równowartość ………………………… euro.

 **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis.

1. Oświadczam, iż :

 otrzymałem(am) pomoc publiczną inną niż de minimis odnoszącą się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

 nie otrzymałem(am) pomocy publicznej innej niż de minimis odnoszącej się do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

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

 miejscowość, data podpis i pieczęć Wnioskodawcy

 ubiegającego się o pomoc de minimis

*\* niepotrzebne skreślić*