

.....

Powiatowy Urząd Pracy w Tychach

ul. Budowlanych 59

43-100 Tychy

WNIOSEK

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 2019 r., poz. 1482.),
- 2) 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) 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),
- 3) Rozporządzenie Ministra Pracy Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U z 2014 r., poz. 864).

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

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

2. Adres zameldowania oraz PESEL w przypadku osoby fizycznej

.....

3. Adres siedziby

4. Miejsce prowadzenia działalności

5. Wysokość kapitału zakładowego (w przypadku spółek kapitałowych)

6. Telefon/fax/ e-mail

7. NIP REGION.....

8. Nazwa banku

9. Nr konta bankowego:

[illegible]

10. Forma organizacyjno - prawna

11. Rodzaj działalności PKD.....

12. Data rozpoczęcia działalności

13. Liczba pracowników* zatrudnionych w dniu składania wniosku.....

* Pracownikiem zgodnie z art.2. Kodeksu pracy jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (bez umów cywilno - prawnych np. umów zleceń).

14. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

.....
nazwisko i imię

.....
stanowisko

.....
nazwisko i imię

.....
stanowisko

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

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

16. Adres do korespondencji

17. 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.

18. Stopa ubezpieczenia wypadkowego %

II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA

1. Liczba bezrobotnych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

2. Nazwa stanowiska / zawód (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)

.....

3. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych

.....

.....

4. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych)

.....

.....

.....

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymagania wobec bezrobotnego(ych) kierowanego(ych) do pracy w ramach prac interwencyjnych

.....

.....

6. Proponowany okres zatrudnienia miesięcy, w tym miesięcy refundacji.

W przypadku okresu refundacji do 6 miesięcy, Pracodawca jest zobowiązany do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

7. Informacja dotycząca wysokości proponowanego wynagrodzenia dla skierowanego(ych) bezrobotnego(ych): kwota brutto..... zł/ miesiąc.

8. Termin wypłaty wynagrodzenia:

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

9. Wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych zł/miesiąc.

10. Imię i nazwisko, stanowisko osoby, do której mają się zgłaszać bezrobotni na rozmowę kwalifikacyjną: telefon:.....
miejsce zgłoszenia:

III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, iż :

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.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

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 minimis zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r., Nr 53 poz. 311 z późn. zm.).
3. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
4. Umowa najmu lokalu w przypadku, gdy miejsce wykonywania pracy jest inne niż adres siedziby/filii firmy.
5. W przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej – umowa spółki cywilnej.

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

**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 (Dz. U. z 2018 r., poz. 362) 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.

2. 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