 

……………………………….

(pieczęć wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Gostyniu**

**ul. Poznańska 200G**

**63-800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP ……………………………….

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW I SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

**OSÓB BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA ZATRUDNIONYCH W RAMACH**

**BONU ZATRUDNIENIOWEGO**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskie do pomocy de minimis .

4. 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.

5. Rozporządzenie Komisji (UE) 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.

I. **INFORMACJE PODSTAWOWE O WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy …………………………………….………………………………………………

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

1. Adres siedziby ………………………………………………………………………………..…………
2. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………………….……
3. Telefon …………………… ………. fax ………….………… e-mail ……………………....………..
4. Forma organizacyjno – prawna ……………………………………………………………………….
5. Rodzaj działalności gospodarczej i data rozpoczęcia ……………………………………….……...
6. REGON ………………………....…… NIP ………………….………………….PKD…………..……
7. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………………..…… %
8. Numer rachunku bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU**

63-800 Gostyń, ul. Poznańska 200G | tel. 0-65 572 33 67-68 | NIP: 696 13 96 284

e-mail: pogo@praca.gov.pl | [www.gostyn.praca](http://www.gostyn.praca) gov.pl

1. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy:

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

*( imię i nazwisko, stanowisko)*

1. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku na umowę o pracę ……………., w tym w przeliczeniu na pełen etat: ……….
2. **INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU**
3. Liczba osób bezrobotnych wnioskowanych o refundację kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne przez okres 12 miesięcy …………..
4. Proponowany okres zatrudnienia: od ……………..……... do …………..………. tj. na ……….…. miesięcy (dot. okresu refundacji).
5. Deklaruję dalsze zatrudnienie osób bezrobotnych do 30 roku życia przez okres ………….. miesięcy (musi być to okres 6 miesięcy + minimalny dodatkowy okres 30 dni) po okresie refundacji.
6. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
7. nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów) ………………………………..…………
8. zakres wykonywanych czynności ………………………………………………………………....
9. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
10. wykształcenie ……………………………………………………………………………................
11. zawód …………………………………………………………………..........................................
12. dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia ………………………………………………………….....
13. Miejsce wykonywania pracy: …..………….…………………………………………..………………..

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

1. Zmianowość …………, praca w godzinach: od …………………… do ……………………………..
2. Proponowany wymiar czasu: ……………………………………………………………..…………….
3. Proponowane wynagrodzenie (brutto): ………………………………….………………... zł/miesiąc
4. Termin wypłat wynagrodzenia (zaznaczyć właściwe):
* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
* do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni
1. Imię, nazwisko i nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z PUP:

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

**POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU**

63-800 Gostyń, ul. Poznańska 200G | tel. 0-65 572 33 67-68 | NIP: 696 13 96 284

e-mail: pogo@praca.gov.pl | [www.gostyn.praca.gov.pl](http://www.pup.gostyn.pl/)

1. **DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY.**

Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich dwóch lat), jeżeli tak to proszę podać:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma** | **Nr umowy** | **Liczba miejsc pracy** | **Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy** | **Przyczyny zwolnień pracowników** |
| **Czas nieokreśl.** | **Czas określ.** |
| **Prace interwencyjne** |  |  |  |  |  |
| **Staż, bon stażowy** |  |  |  |  |  |
| **Krajowy Fundusz Szkoleniowy** |  |  |  |  |  |
| **Refundacja części kosztów zatrudnienia bezrobotnych do 30 roku życia** |  |  |  |  |  |
| **Bon zatrudnieniowy** |  |  |  |  |  |
| **Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy** |  |  |  |  |  |
| **Dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej** |  |  |  |  |  |
| **Dofinansowanie 50+** |  |  |  |  |  |
| **Inne** |  |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie
z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. Wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat wynosi …………….…………. euro.
4. Wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi …………….…………. euro.
5. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
6. W ciągu ostatnich 365 dni nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie (zgodnie z art. 36 ust.5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).
7. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego; na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego.
8. Zatrudnienie w ramach refundacji części kosztów wynagrodzenia składek na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia nie spowoduje zwolnienia innego pracownika.
9. Znane są mi postanowienia ustawy o promocji zatrudnienie i instytucjach rynku.
10. Zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy,
z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom.
11. **Otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** decyzję (i)Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
12. Jestem świadom (a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

**Ponadto zobowiązuję się do:**

1. Niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
2. Złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Gostyniu otrzymam taką pomoc.
3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Gostyniu o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. **Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane**. Pracodawca zobowiązany jest do uzupełnienia braków we wniosku terminie 7 dni od dnia wpływu do PUP.

W przypadku nieuzupełnienia wniosek zostanie wycofany z realizacji **bez dodatkowego informowania pracodawcy**.

1. Umowa pomiędzy Starostą, a pracodawcą ubiegającym się o refundację części kosztów zatrudnienia bezrobotnych do 30 roku życia zawierana jest niezwłocznie po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku. Niepodpisanie umowy w terminie 1 miesiąca od otrzymania powiadomienia traktowane będzie jako rezygnacja ze środków.
2. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w PUP, pomoc nie będzie udzielana na zatrudnienie osoby bezrobotnej, która w okresie ostatnich 2 lat była zatrudniona lub wykonywała inną pracę zarobkową „oskładkowaną” u tego pracodawcy przez okres dłuższy niż 3 miesiące lub pracowała w firmie powiązanej osobowo lub kapitałowo z wnioskodawcą lub z członkami najbliższej rodziny.
3. Refundacja będzie udzielona w pierwszej kolejności pracodawcy, **który ma siedzibę i miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego na terenie powiatu gostyńskiego.**

*………………….., dnia ………………………. …………………..…………………………………..*

*podpis i pieczątka wnioskodawcy*

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Uwierzytelniona kserokopia dokumentu poświadczającego formę organizacyjnoprawną pracodawcy lub przedsiębiorcy np. KRS (okres ważności 3 miesiące), wydruk z CEIDG.
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu pracodawcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów. Pełnomocnictwo powinno być sporządzone w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem.
3. W przypadku, gdy pracodawcą jest spółka cywilna należy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
4. W przypadku gdy miejsce wykonywania pracy jest inne niż wynika to z dokumentacji wnioskodawcy (np. z KRS-u) należy dołączyć do wniosku dokument potwierdzający prawo do lokalu, budynku lub nieruchomości (np. aktualny odpis z księgi wieczystej, umowa najmu).

W przypadku gdy wnioskodawca jest beneficjentem pomocy publicznej dołącza dodatkowo:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
2. Oświadczenie (załącznika nr 1 do wniosku) o wielkości pomocy de minimis wraz ze wszystkimi zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis jakie wnioskodawca otrzymał w danym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat (zaświadczenia do wglądu pracownika Powiatowego Urzędu Pracy w Gostyniu).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu w celach związanych ze złożonym wnioskiem o refundację części kosztów i składek na ubezpieczenia społeczne osób bezrobotnych do 30 roku życia zatrudnionych w ramach bonu zatrudnieniowego zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego
i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **RODO**.

**POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU**

63-800 Gostyń, ul. Poznańska 200G | tel. 0-65 572 33 67-68 | NIP: 696 13 96 284

e-mail: pogo@praca.gov.pl | www.gostyn.praca.gov.pl