………………………. ... …………………………..

pieczęć wnioskodawcy miejscowość i data

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Żyrardowie**

**WNIOSEK**

O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA, NAGRÓD I SKŁADEK

NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA SKIEROWANEGO

BEZROBOTNEGO DO 30-GO ROKU ŻYCIA

*(na zasadach określonych w art. 150 f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku Pracy j. t. Dz. U. z 2017 r., poz.1065 .)*

**I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

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

2. Adres siedziby………………………………………………………………………….

3. REGON ………………………NIP ……………………..PKD ……………………...

4. Miejsce prowadzenia działalności……………………………………………………...

5. Telefon ………………………fax ……………e-mail………………………………..

6. Forma organizacyjno-prawna………………………………………………………….

7. Forma opodatkowania………………………………………………………………….

8. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej……………………………..

9. Wielkość przedsiębiorstwa - mikro, małe, średnie, inne……………………………...\*

*\* właściwe zakreślić*

*1) W kategorii MŚP mikro przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/ub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR*

*2) W kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/ub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR*

*3) W kategorii MŚP średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.*

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego……………………………………….....

…………………………………………………………………………………………….

11. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy:

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

12. Liczba osób wykonujących u Wnioskodawcy pracę na podstawie umów cywilnoprawnych …………………………………………………………………………

13. Liczba pracowników zatrudnionych u Wnioskodawcy ( umowy o pracę)…………...

14. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku poziom zatrudnienia w przeliczeniu na pełen etat przedstawiał się następująco:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc i rok | Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny etat | Przyczyny zmniejszenia zatrudnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

15. Wysokość składki wypadkowej w % ..........................................................................

**II.INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU**

1. Liczba osób bezrobotnych proponowana do zatrudnienia……………………………

2. Proponowany okres zatrudnienia od ………………do ……………. tj……...miesięcy

3. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązania umowy:

a) nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacja zawodów)…………………………………

……………………………………………………………………………………………

b) zakres wykonywanych czynności……………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………

4. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:

a) wykształcenie…………………………………………………………………………..

b) specjalność……………………………………………………………………………..

c) dodatkowe kwalifikacje………………………………………………………………...

5. Miejsce wykonywania pracy…………………………………………………………...

6. Zmianowość ………………………….praca w godzinach od……….. do…………….

7. Praca w sobotę TAK/NIE w godzinach od …………….. do ………………………….

8. Praca w niedzielę TAK/NIE w godzinach od ………….. do …………………………

9. Proponowane wynagrodzenie brutto…………………………………………………...

10.Termin realizacji wypłat wynagrodzeń pracowniczych……………………………….

11.Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów………………...miesięcznie/osobę

*(nie więcej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenie społeczne)*

**III. Oświadczenia i deklaracje**

**Óświadczam, że:**

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,

2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.)

3. Otrzymałem/nie otrzymałem pomoc(y) de minimis w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat kalendarzowych (*w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć do wniosku zaświadczenia poprzedzające jej otrzymanie lub oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy).*

4. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną, pomoc na zasadach de mini mis.

5. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy o możliwości przekroczenia pomocy de minimis.

6 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 i innych danin publicznych.

7. W ciągu ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nie nastąpiło w moim przedsiębiorstwie zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

*(Zgodnie z art.2 ust.1 pkt.29 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach pracy, przyczynami dotyczącymi zakładu pracy są):*

*a) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21,
poz. 94, z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,*

*b) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,*

*c) 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,*

*d) rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.) z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika;*

8. Nie toczy się w stosunku do mojego przedsiębiorstwa postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego.

9. Zatrudnienie w ramach przedmiotowej umowy nie spowoduje zwolnienia innego pracownika.

10. Ponadto zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.

**11. Deklaruję:**

a) Zatrudnienie skierowanej osoby bezrobotnej w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres objęty refundacją ( 12 miesięcy) oraz przez 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.

b) Przestrzeganie w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.

12. Przyjmuję do wiadomości, że złożony niekompletny bądź zawierający braki formalne wniosek będzie rozpatrywany po ich uzupełnieniu.

13. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku braku odpowiednich kandydatów w okresie 30 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania pracodawcy.

…………………..,dnia………………………

..…………………………………..

*podpis i pieczątka Wnioskodawcy*

ZAŁĄCZNIKI:

1. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

2. Dokumentu potwierdzający formę prawną firmy.

3.Deklaracje ZUS DRA za okres 6 miesięcy wstecz przed dniem złożenia wniosku.

4. Świadectwa pracy w przypadku spadku zatrudnienia w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

5. Oświadczenie lub zaświadczenie o pomocy de minimis.

6. Oświadczenie.

7. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli wynika to bezpośredni z dokumentów,

8. W przypadku, gdy miejscem wykonywania pracy nie jest siedziba Wnioskodawcy dołączyć należy kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu wykonywania pracy.

9. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność rolniczą lub dział specjalny produkcji rolnej, dołączyć należy

- dokument potwierdzający fakt posiadania gospodarstwa rolnego lub prowadzenia działu specjalnego (np. decyzja o wysokości podatku rolnego, zaświadczenie z właściwego urzędu, zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o podleganiu opodatkowaniu z tytułu prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej),

-oświadczenie o niezaleganiu ze składkami wobec KRUS.