…….....…… ....., dnia ……..
(pieczątka wnioskodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
w Rawie Mazowieckiej

WNIOSEK
O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA

Podstawa prawna:

1) Art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017r., poz. 1065 ze zm.).
2) Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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).
3) Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 z późn. zm.).

1. Nazwa wnioskodawcy: …….
   …….……...…….
2. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności: …….……...……
   ……
3. Numer identyfikacyjny nadany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej: REGON:……..
4. Numer NIP: …….……. PKD…….……
5. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/ób upoważnionych do zawarcia umowy w imieniu wnioskodawcy: …….
   ……..……. tel .: …….....
6. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/ób upoważnionych do kontaktu w sprawie wniosku……tel……..…...…
7. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:…….....
8. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wg stanu na dzień złożenia wniosku .....
9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który będzie przekazywana refundacja : ……..…….
   …….
10. Wnioskuję/emy o skierowanie …… osób bezrobotnych na okres od ……..…...…… do…….....…… w celu zatrudnienia w ramach refundacji

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

11. Zobowiązuję/emy się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego/ych bezrobotnego/ych po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne **przez okres 12 miesięcy.**
12. Miejsce wykonywania pracy:……..
13. Nazwa stanowiska pracy, rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:……..
    ……
13. Wymiar czasu pracy:……
14. Zmianowość: ……..
15. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje, w tym: wykształcenie, doświadczenie zawodowe, ukończone kursy, itp.:……..
    …….
16. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto: ……..….
17. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych: kwota brutto + ZUS.....
18. Stopa /%/ składki na ubezpieczenie wypadkowe …….
19. Forma i stawka opodatkowania……..
20. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom:
    - do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
    - do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Rawie Mazowieckiej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w art. 150f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2017r., poz. 1065 ze zm.) zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922).

…….
/ Data, podpis i pieczątka wnioskodawcy/

Informacja:
Pracodawca lub przedsiębiorca będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r., poz. 1808 z późn. zm.) do wniosku dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 tej ustawy.

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną:
   - dokument w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG,
   - wyciąg z KRS w przypadku osób prawnych,
   - umowa spółki cywilnej w przypadku spółek cywilnych,
   - w szczególnych przypadkach koncesje lub pozwolenie na prowadzenie działalności.
2. **Oświadczenia**
   - załącznik Nr 1
   - załącznik Nr 2
   - załącznik Nr 3
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

UWAGA:

- Urząd w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku i informuje Wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji. W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny Urząd wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

- W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przed podpisaniem umowy należy przedstawić zaświadczenia o braku zaległości z tytułu opłacania podatków (Urząd Skarbowy) oraz o braku zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (ZUS lub KRUS).

Załącznik Nr 1

.....
Nazwa i adres wnioskodawcy

O ś w i a d c z e n i e

o stanie zatrudnienia za okres 6 miesięcy
przed wystąpieniem z wnioskiem o refundację

Lp.	Miesiąc i rok	Liczba pracowników [1]	Przyczyna zmniejszenia zatrudnienia[2]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

1. **"liczba pracowników"** oznacza liczbę pracowników zatrudnionych na pełnych etatach, przy czym do deklarowanego poziomu zatrudnienia nie wlicza się osób na urlopach macierzyńskich, wychowawczych a także bezpłatnych powyżej 2 miesięcy, odbywających służbę wojskową lub zastępczą, młodocianych, osób zatrudnionych na umowę o dzieło, umowę zlecenie oraz w ramach innych umów cywilno – prawnych, osób nieświadczących pracy w związku z uzyskaniem świadczenia rehabilitacyjnego.
2. w przypadku zmniejszenia zatrudnienia należy przedstawić świadectwa pracy.

……..……..……

/Data, podpis i pieczątka wnioskodawcy/

Załącznik Nr 2

.....
Nazwa i adres wnioskodawcy

O ś w i a d c z e n i e

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3,
oświadczam co następuje:

1) w zakładzie, który reprezentuję **nie nastąpiło / nastąpiło*** w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
2) **nie zalegam / zalegam*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
3) **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
4) zakład pracy **nie jest / jest *** w stanie likwidacji lub upadłości;
5) **jestem / nie jestem* beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r., poz. 1808 z późn. zm).
6) **prowadzę / nie prowadzę*** działalność/ci gospodarczą/ej;
7) zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres 12 miesięcy po zakończeniu refundacji;
8) zapoznałem/am się z zasadami refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia;
9) jestem świadomy/a, że refundacja, o którą wnioskuję jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis;
10) w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku:
    a) **nie zostałem / zostałem*** ukarany za naruszenie przepisów prawa pracy;
    b) **nie zostałem / zostałem*** ukarany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy;
11) zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia urzędu, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Rawie Mazowieckiej ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku
12) **dane zawarte w składanym wniosku są zgodne z prawdą.**

* *niepotrzebne skreślić*

…….
/ Data, podpis i pieczątka wnioskodawcy/

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako wnioskodawca oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat

- otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis*
- nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy

L.p.	**Organ udzielający pomocy**	**Podstawa prawna**	**Dzień udzielenia pomocy**	**Wartość pomocy w euro**	**Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy**
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Łącznie					

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

……..…….……...

(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

**** niepotrzebne skreślić***