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

……………………………………………………………………………………….

1. 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.
2. Zobowiązuję/emy się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego/ych bezrobotnego/ych po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne **przez okres 12 miesięcy.**
3. Miejsce wykonywania pracy:………………………………………………………..
4. Nazwa stanowiska pracy, rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………

 13.Wymiar czasu pracy:…………………………………………………………………

1. Zmianowość: ………………………………………………………………………..
2. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje, w tym: wykształcenie, doświadczenie zawodowe, ukończone kursy, itp.:………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………….
3. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto: ……………………………..….
4. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych: kwota brutto + ZUS..............................................
5. Stopa /%/ składki na ubezpieczenie wypadkowe ………………………………….
6. Forma i stawka opodatkowania……………………………………………………..
7. 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 zatrudnienia2** |
| **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***