

**POWIATOWY URZĄD PRACY W GRYFINIE**

….…………………………….……………… Nr sprawy w PUP …………………………….

(nazwa pracodawcy)

REGON …………………………………………..

Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie / Filia w Chojnie

WNIOSEK O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA

DLA OSOBY DO 30 ROKU ŻYCIA

1. *Wniosek o refundację części kosztów wynagrodzenia dla osoby do 30 roku życia,* na podstawie art. 150f ustawy *z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn.zm.), może złożyć pracodawca lub przedsiębiorca o ile prowadzą działalność przez okres co najmniej 6 miesięcy.*
2. *Do realizacji będą kierowane wnioski spełniające warunki:*
3. *określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.. Dz. U. z 2016 r. poz.645 z późn.zm),*
4. „***Regulamin refundacji części kosztów wynagrodzenia, nagród oraz składek na ubezpieczenia społeczne osób bezrobotnych do 30 roku życia****” na rok 2017*

**POUCZENIE:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte we wniosku pytania.
3. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku starosta powiadamia wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
4. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony starosta wyznacza wnioskodawcy 7-dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nie uzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
5. W przypadku nieuwzględnienia wniosku starosta podaje przyczynę odmowy.
6. Od negatywnego stanowiska urzędu pracy nie przysługuje odwołanie.

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Podstawowe dane:** | |
| Nazwa pracodawcy ( firma lub imię i nazwisko) |  |
| Adres siedziby pracodawcy |  |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy - podpisania umowy |  |
| Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów |  |
| tel/fax |  |
| e-mail |  |
| **2. Dane dotyczące prowadzonej działalności:** | |
| Miejsce prowadzenia działalności |  |
| Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej wg PKD 2007 |  |
| Numer identyfikacji podatkowej NIP |  |
| Numer identyfikacyjny REGON |  |
| Data rozpoczęcia działalności |  |
| Forma prawna (zaznaczyć właściwą) |  osoba fizyczna prowadząca działalność   spółka cywilna   spółka jawna   spółka partnerska   spółka komandytowa   spółka z o.o.   jednostka sektora finansów publicznych   inna(jaka?) .............................................................................. |
| Forma opodatkowania |  |
| Stopa % składek na ubezpieczenie wypadkowe |  |
| Wielkość pracodawcy *(zaznaczyć właściwe)* |  mikro przedsiębiorstwo   małe przedsiębiorstwo   średnie przedsiębiorstwo   duże przedsiębiorstwo   pracodawca nie będący przedsiębiorcą |
| **3. Numer rachunku bankowego, na który mają być przekazywane refundacje:** | |
|  | |
| **4**. Liczba ogółem zatrudnionych pracowników **[[1]](#footnote-1)** na dzień złożenia wniosku……….............................................. | |

**DANE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRACY W RAMACH REFUNDACJI**

1. Proponowana liczba osób bezrobotnych do 30 roku życia do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy na okres **24 miesięcy**: ………………………………………….............................................………….……
2. Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (klasyfikacja dostępna na stronie [www.pupgryfino.com.pl](http://www.pupgryfino.com.pl))

............................................................................................................................................................................

1. Nazwa stanowiska pracy………………………………………………………......……………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Informacje dotyczące wykonywanej pracy w ramach refundacji kosztów wynagrodzenia dla osoby do 30 roku życia:** | | |
| Miejsce wykonywania pracy w ramach refundacji kosztów wynagrodzenia |  | |
| Godziny pracy (od –do): |  | |
| Zmianowość: (jednozmianowa, dwuzmianowa, ruch ciągły itp.) |  | |
| Praca w niedziele i święta |  | |
| Praca w porze nocnej |  | |
| Rodzaj prac wykonywanych w ramach refundacji kosztów wynagrodzenia (ogólny zakres obowiązków) |  | |
| 1. **Niezbędne kwalifikacje osób bezrobotnych:** | | |
| Poziom wykształcenia | |  |
| Staż pracy *(wymagany okres- liczba miesięcy/lat, w jakim zawodzie)* | |  |
| Wymagane uprawnienia *(np. prawo jazdy)* | |  |
| 1. **Pożądane kwalifikacje osób bezrobotnych i inne wymogi :** | | |
| Oczekiwane umiejętności | |  |
| Znajomość języków obcych | |  |
| Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Proponowana wysokość wynagrodzenia za pracę dla osób zatrudnionych w ramach refundacji wynagrodzenia:** | |
| system wynagradzania (miesięczny, godzinowy, akordowy, prowizyjny) |  |
| wynagrodzenie brutto **za jeden miesiąc dla 1 osoby** |  |
| miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia w części ponoszonej przez pracodawcę |  |
| 1. **Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:** | |
| Wysokość refundacji wynagrodzenia **za jeden miesiąc** **dla 1 osoby** |  |
| Miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne od kwoty refundacji w części ponoszonej przez pracodawcę |  |

..................................................................................

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumenty składane w oryginale:** | |
| **1** | Oświadczenie wnioskodawcy –w **załączniku nr 1** |
| **2** | Oświadczenie beneficjenta pomocy publicznej – w **załączniku nr 2 w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej** |
| **4** | 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;* lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie. -* **w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej** |
| **Potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę** kserokopie następujących dokumentów: | |
| **3** | Kserokopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. W przypadku **spółek cywilnych** do wniosku należy **załączyć umowę spółki.** |
| **2** | W przypadku podpisania wniosku przez **pełnomocnika** – stosowne pełnomocnictwo. |

**POUCZENIE** : Wnioskodawca jest zobowiązany złożyć wszystkie załączniki, które go dotyczą. Załączniki składane jako kopie dokumentów muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę. Na życzenie urzędu Wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.

***Załącznik Nr 1***

*do wniosku*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**Oświadczam, że:**

1. Na dzień złożenia wniosku **znajduję się** w stanie likwidacji lub upadłości. **TAK NIE**
2. Na dzień złożenia wniosku **zalegam** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych. **TAK NIE**
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **zmniejszyłem** zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy. **TAK NIE**
4. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku
5. **zostałem ukarany** lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, **TAK NIE**
6. **jestem objęty** postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. **TAK NIE**
7. Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji oraz przez okres minimum 12 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji. **TAK NIE**
8. Zobowiązuję się do nie dokonywania zwolnień pracowników zatrudnionych w ramach refundacji wynagrodzenia dla osoby do 30 roku życia w drodze wypowiedzenia stosunku pracy (za wyjątkiem wypowiedzenia na podstawie art. 52 kodeksu pracy), bądź na mocy porozumienia stron. **TAK NIE**
9. Wyrażam zgodę Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie, na:

* przesyłanie na podany we wniosku adres e-mail/numer telefonu wiadomości zawierających informacje dotyczące realizacji działań skierowanych do pracodawców/przedsiębiorców realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie
* wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów marketingu usług świadczonych przez Urząd Pracy w Gryfinie oraz prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy.

*□ zaznaczyć właściwe*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data: ……………… 20……. r. ...............................................................................

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli)*

***Załącznik Nr 2***

*do wniosku*

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ**

**składa odrębnie wnioskodawca oraz każdy z podmiotów powiązanych**

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

(pełna nazwa składającego oświadczenie)

**Oświadczam, że:**

⬜ Nie korzystałem dotychczas z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.2007r. Nr 59 poz. 404 z póżn. zm.).

⬜ Korzystałem z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w oparciu o jedno z:

* 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) ,
* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w odniesieniu do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013)
* Rozporządzenie Komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa

i w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych uzyskałem pomoc w **łącznej kwocie**:

Kwota pomocy (w EURO).........................................................................................................................

(słownie:..........................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………..………….…………………………………………………………………………………………………………)

Uzyskana pomoc **nie łączy się,** w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, z pomocą o innym przeznaczeniu (np. pomocą regionalną),

*□ zaznaczyć właściwe*

Data: ……………… 20……. r. ...............................................................................

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli)*

1. **Pracownik** - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-1)