Pieczęć Firmowa Wnioskodawcy

/pieczęć firmowa pracodawcy/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Sanoku**

  **ul. Rymanowska 20A**

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy dotyczącej refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia**

na zasadach określonych w art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
 i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.)

Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku

Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany;

Wniosek powinien być prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów;

Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków.

**UWAGA!**

W przypadku, gdy pracodawca/przedsiębiorca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

- 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 24.12.2013r. s.1), lub

**-** rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu

o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis **w sektorze rolnym** (Dz. Urz UE L 352 z 24.12.2013r. s.9)

**-** rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu

o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis **w sektorze rybołówstwa i akwakultury** (Dz. Urz. UE L 190

z 28.06.2014r. s.45)

**I . DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**

1.Pełna nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy

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

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

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

3. Miejsce prowadzenia działalności.....................................................................................................................

4. Nr telefonu ****Nr telefonu komórkowego ****Fax ****

Adres e-mail……………………………

5. Forma organizacyjno- prawna prowadzonej działalności: ….................................................................................

6.Nr REGON ****Nr NIP ****Klasa PKD /2007 r./ ****

7. Nazwa banku i nr konta .....................................................................................................................................

nr ****

8. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: ****-****-****

9. Rodzaj działalności (krótki opis) …..................................................................................................................

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

10. Osoby reprezentujące pracodawcę (załącznik pkt 3):

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/*

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/*

11. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP Sanok:

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/ /telefon/*

12. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym/**zaznaczyć właściwe x/**□ zasady ogólne, □ podatek liniowy, □ zryczałtowany podatek dochodowy, □ karta podatkowa, □ podatek od osób prawnych

13.Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego ****

14. Wielkość przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy publicznej **(**wypełniają – beneficjenci pomocy publicznej):

**Właściwe zaznaczyć znakiem X**

□ mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;

□ małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.;

□ średnie przedsiębiorstwo definiuje się przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR;

□ inny przedsiębiorca to przedsiębiorca nie należący do wyżej wymienionych kategorii.

15.Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku /**dotyczy zatrudnienia w ramach umów o pracę/.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Liczba zatrudnionych w okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku | Liczba zatrudnionych **w dniu złożenia****wniosku**  |
| Miesiąc / Rok |  |  |  |  |  |  |
| Liczba zatrudnionych pracowników  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba zatrudnionychpracowników**w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**  |  |  |  |  |  |  |  |

16. Liczba pracowników, która w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku zakończyła
 zatrudnienie u Wnioskodawcy:

* ogółem ………… osób,

w tym

* z przyczyn dotyczących zakładu pracy\*………… osób.

### **II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA**

1. Liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy: ...............osób

Do zatrudnienia mogą być kierowane przez urząd pracy jedynie osoby bezrobotne do 30 roku życia dla których ustalono II profil pomocy - zgodnie z art. 33 ust. 2c pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

2. Warunki zatrudnienia :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Stanowisko I | Stanowisko II | Stanowisko III |
| Nazwa zawodu/ stanowiska pracy |  |  |  |
| Liczba miejsc pracy |  |  |  |
| Rodzaj wykonywanych zadań |  |  |  |
| Niezbędne lub pożądane kwalifikacje /poziom, kierunek wykształcenia, inne wymogi/dotyczące skierowanego bezrobotnego |  |  |  |
| Miejsce/adres/ wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego |  |  |  |
| Godziny Pracy /zmianowość//od-do/ |  |  |  |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia/kwota brutto/ |  |  |  |
| Wnioskowana kwota refundacji wynagrodzenia\*\* |  |  |  |
| Planowany termin zatrudnienia bezrobotnych |  |  |  |

\* \* aktualna kwota refundacji wynagrodzenia dokonywana przez PUP -1900 zł oraz składki na ubezpieczenia

społeczne od refundowanej kwoty.

3. Wypłata wynagrodzenia za pracę dokonywana będzie **(właściwe zaznaczyć znakiem X):**

□ do końca miesiąca, za który wynagrodzenie przysługuje;

□ do……..dnia po upływie miesiąca, za który wynagrodzenie przysługuje.

4**.**Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia - **24 miesięcy** - zapewniam dalsze
 zatrudnienie osób bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Sanoku
 przez okres, co najmniej…….....miesięcy.

**III. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W SANOKU
W OKRESIE OSTATNICH DWÓCH LAT .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu | Nr umowy i data zawarcia | Liczba skierowanych | Liczba zatrudnionych po zakończeniu trwania umowy  |
| Prace interwencyjne |  |  |  |
| Staże /umowy w ramach bonu stażowego |  |  |  |
| Refundacje kosztów wyposażenia/doposażenia stanowisk pracy |  |  |  |
| Inne programy:……………………………….. |  |  |  |
| Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej |  | **X** |  |

**Oświadczam że:**

**1niepotrzebne skreślić**

1. w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem niniejszego wniosku **nastąpiło/ nie nastąpiło1** zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy\*.

2. **zalegam / nie zalegam¹** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;

3. **zalegam / nie zalegam¹** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;

4. w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem¹**  skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;

5. **prowadzę / nie prowadzę¹** działalność/ci gospodarczą/czej w rozumieniu Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;

6. **otrzymałem1** pomoc de minimis w rolnictwie wysokości ……PLN ……EUR **/nie otrzymałem1** pomocy de minimis w rolnictwie w roku w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych;.

7. **otrzymałem1** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ……PLN……..EUR**/ nie otrzymałem1** pomocy de minimis w rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych;

9**. zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z PUP w Sanoku otrzymam pomoc publiczną lub inną pomoc de minimis;

10. **zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania PUP w Sanoku o wszystkich zmianach dot. informacji zawartych w niniejszym wniosku, mających wpływ na realizację ewentualnej umowy.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania na podstawie art. 233 § 1 i 1a. Kodeksu Karnego, zgodnie z treścią którego: „§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz złożone oświadczenia są zgodne z prawdą.

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

 *( Data) (Podpis i Pieczęć Wnioskodawcy)*

\* **Zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy oznacza:**

1. 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 1974r.- Kodeks pracy,
w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,
2. rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,
3. wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowanie przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,
4. rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art.55 §11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r.- Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.

Załączniki:

1. Aktualny dokument poświadczający formę prawną firmy - wydruk z CEIDG / KRS / umowa spółki/.

2. Zaświadczenie o nadaniu numeru REGON, NIP.

 3. Pełnomocnictwo do zawarcia umowy w przypadku, gdy będzie to osoba inna niż wskazana w dokumentach rejestrowych.

 4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór formularza stanowi
 załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie
 w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
 /Dz.U.2014.poz.1543/ .

5. Oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez:

- wnioskodawcę,

- przedsiębiorstwo z min powiązane,

- przedsiębiorstwo powstałe wskutek połączenia, przejęcia lub podziału,

 w roku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2-ch poprzedzających go lat lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis w tym okresie.

**Załączniki wymienione w pkt 4 - 5 dotyczą tylko przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.**

Uwaga! Kopie i kserokopie przedkładanych dokumentów muszą być potwierdzone „*za zgodność
 z oryginałem”* przez uprawnioną osobę.

**Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane!**