

9. Rodzaj działalności (krótki opis)

.....

10. Osoby reprezentujące pracodawcę:

.....
/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 jako 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. Liczba zatrudnionych w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku /w przypadku prowadzenia działalności przez okres krótszy niż 6 miesięcy należy podać zatrudnienie w poszczególnych miesiącach prowadzenia tej działalności/.

	Liczba zatrudnionych w okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku						Liczba zatrudnionych <u>w dniu złożenia wniosku o prace interwencyjne</u>
Miesiąc / Rok							
Liczba zatrudnionych pracowników							
Liczba zatrudnionych pracowników <u>w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy</u>							

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH

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

ogółem :, w tym osoby bezrobotne powyżej 50 roku życia:

2. Kwalifikacje bezrobotnych, miejsce wykonywania pracy, proponowane wynagrodzenie.

Stanowisko /zawód	Liczba osób	Rodzaj prac	Niezbędne lub wymagane kwalifikacje osób kierowanych na wnioskowane stanowisko	Miejsce wykonywania prac interwencyjnych	Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto

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. Planowany termin zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:.....

5. Wnioskowana wysokość i okres refundacji wynagrodzeń, wymagany okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych (**właściwe zaznaczyć znakiem X**):

- 1 660,00 zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanej kwoty przez okres do 6 miesięcy. Pracodawca zobowiązany jest utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego po zakończeniu refundacji przez okres minimum 3 miesiące.
- 1 660,00 zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanej kwoty przez okres do 12 miesięcy. Dotyczy zatrudnienia osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia. Pracodawca zobowiązany jest utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego po zakończeniu refundacji przez okres minimum 6 miesięcy.

6. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia / 9 lub 18 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			
Refundacje kosztów wyposażenia/doposażenia stanowisk pracy			
Inne programy:			
Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej		X	X

Oświadczam że:

- 1. 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;
- 2. zalegam / nie zalegam¹** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- 3. zostałem / nie zostałem¹** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku;
- 4. prowadzę / nie prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej**
- 5. otrzymałem¹** pomoc de minimis w rolnictwie w wysokościPLNEUR / **nie otrzymałem¹** pomocy de minimis w rolnictwie w okresie minionych trzech lat;
- 6. otrzymałem¹** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokościPLN.....EUR/ **nie otrzymałem¹** pomocy de minimis w rybołówstwie w okresie minionych trzech lat;
- 7. 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;
- 8. zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania PUP w Sanoku o wszystkich zmianach dot. informacji zawartych w niniejszym wniosku, mających wpływ na realizację ewentualnej umowy.

Upředzony 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 najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz złożone oświadczenia są zgodne z prawdą.

¹niepotrzebne skreślić

.....
(Data)

.....
(Podpis i Pieczęć Pracodawcy)

Załączniki:

1. Aktualny dokument poświadczający formę prawną firmy - wydruk z CEIDG / KRS / umowa spółki/;
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;
3. Oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez: wnioskodawcę, przedsiębiorstwo z nim powiązane, przedsiębiorstwo powstałe wskutek połączenia, przejęcia, podziału, przekształcenia lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis;
4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

Załączniki wymienione w pkt 2-3 przedkładają Wnioskodawcy będący beneficjentem pomocy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

Uwaga! Kopie i kserokopie przedkładanych dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” z datą i podpisem osoby upoważnionej.

Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane!