Olsztyn, dnia ……………………………………

……………………………………………………

pieczątka wnioskodawcy

 **Urząd Pracy Powiatu Olsztyńskiego**

**WNIOSEK**

**W sprawie refundacji części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem bezrobotnego do 30 roku życia, któremu przyznano bon zatrudnieniowy**

Zgodnie z art. 66m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

***/wniosek należy wypełnić czytelnie (można go pobrać ze strony internetowej Urzędu -dokumenty do pobrania)***

1. **DANE DOTYCZACE BEZROBOTNEGO**

Bon zatrudnieniowy nr ………………………………………………………………………………….

wydany Panu/Pani …………………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………………………………………………

Data realizacji bonu od ……………………………………… do………………………………………………...

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

**Wnioskującym jest:**

* Pracodawca nieprowadzący działalności gospodarczej, który nie jest beneficjentem pomocy publicznej **w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu
w sprawach dotyczących pomocy publicznej ;**
* Pracodawca prowadzący działalność gospodarczą - beneficjent pomocy publicznej
**w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ;**
1. **Nazwa i adres siedziby Pracodawcy** ……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………

**Miejsce prowadzenia działalności** …………………………………………………………………………………………………………………….

 tel. tel. kom. fax

E-mail ………………………………………………………………………………………………………………..

Adres do e-doręczeń (jeśli posiada) ……………………………………………………………………………..

**2.** NIP **---**, REGON , PKD

nazwa banku i numer konta

…………………………………………………………………………………………………………………………

nr **------**

**3.** **Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności** …………………………………………

**4.** **Rodzaj prowadzonej działalności**………………………………………………………………………

data rozpoczęcia **--**

 **5.**

|  |
| --- |
| Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy zgodnie z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS: * **imię i nazwisko** ……………………………………………………………………………..
* **nazwa stanowiska służbowego** ………………………………………………………….
* **miejsce zamieszkania** ……………………………………………………………………..
* **telefon kontaktowy** …………………………………………………………………………
* **numer dowodu osobistego…………..**……………………………………………………
* **PESEL** ………………………………………………………………………………………….
 |
| W przypadku wyznaczenia przez podmiot osoby odpowiedzialnej za kontakty, prosimy o podanie jej danych:* **imię i nazwisko** ………………………………………………………………………………
* **nazwa stanowiska służbowego** …………………………………………………………
* **telefon kontaktowy** …………………………………………………………………………
 |

**6. Stan zatrudnienia w przedsiębiorstwie na dzień złożenia wniosku** - liczba osób zatrudnionych przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę *(należy podać liczbę osób):* …………………………………………………………………………………………………………………….

**III. DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO:**

**1. Miejsce świadczenia pracy** ……………………………………………………………………………….

**2. Stanowisko** ………………………………………………………………………………………………….

**3. Rodzaj wykonywanej pracy** ………………………………………………………………………………….

**4. Zmianowość /ilość zmian, godziny pracy**…………………………………………………………..

**5.** **Oferujemy wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości** …………………………………….

**6. Data planowanego zatrudnienia** ………………………………………………………………………….

**Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej, której przyznano bon zatrudnieniowy Pana/Pani……………………………………… w pełnym wymiarze czasu pracy.**

**Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy Pana/Pani …………………………………………………………………………………………przez okres 18 miesięcy.**

  ………………………………………

 czytelny podpis pracodawcy

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania wniosku.**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych

oświadczeń.

 ………………………………… ..…………………………………

 data czytelny podpis pracodawcy

Informacja dotycząca ochrony danych osobowych klienta dostępna jest w siedzibie urzędu oraz na stronie internetowej Urzędu w zakładce → Urząd →ochrona danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.

 ………………………………..

 czytelny podpis pracodawcy

**załączniki:**

1. Dokument potwierdzający istnienie firmy /wyciąg z rejestru sądowego (KRS), wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub inne/;
2. Oświadczenia pracodawcy – Załącznik Nr 1.
3. Inne……………………………………………..

**UWAGA :**

Jeżeli Podmiot, nie prowadzi działalności gospodarczej i nie podlega przepisom, dotyczącym pomocy publicznej dodatkowo składa:

* Oświadczenie o niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - Załącznik Nr 1.

Jeżeli Podmiot, prowadzi działalność gospodarczą tj. Beneficjent pomocy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - dodatkowo dołącza do wniosku:

* Oświadczenie – Załącznik Nr 2 ;
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis– Załącznik Nr 3.

Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.

Wszystkie załączone kserokopie dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.

***Pracodawca nie może zatrudnić osoby bezrobotnej przed zawarciem umowy z Urzędem !***

 Załączniki nr 1

**Oświadczam, że:**

* posiadam zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych; TAK NIE\*
* posiadam zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; TAK NIE\*
* zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; TAK NIE\*
* zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych; TAK NIE\*
* posiadam nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne; TAK NIE\*
* toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i został zgłoszony wniosek o likwidację; TAK NIE\*
* w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku zostałem(am) ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jestem objęty(a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. TAK NIE\*
* otrzymałem(am) decyzję Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem; TAK NIE\*
* posiadam powiązania z Federacją Rosyjską/Republiką Białorusi; TAK NIE\*
* zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
* zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;
* zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o ewentualności przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy;
* zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis, o której mowa powyżej;
* jestem świadom(a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

 ……………………………………….

czytelny podpis pracodawcy

**\* -** właściwe zaznaczyć znakiem **X**

**Wypełnia wyłącznie Podmiot, który *nie podlega* przepisom, dotyczącym pomocy publicznej.**

Załącznik Nr 2

OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**(nazwa pracodawcy)**

nie jest beneficjentem\* pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej .

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

 ...........................dnia...........................

 miejscowość ............................................................................ ( czytelny podpis wnioskodawcy

 lub Pieczątka imienna z parafką )

**\*** Beneficjent pomocy publicznej **– podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania , który ubiega się o pomoc publiczną -ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej .**

Załącznik nr 2

…............………………………

………………………………….

………………………………….

………………………………….

 *imię, nazwisko, adres*

**Oświadczenie o pomocy de minimis**

1. Oświadczam, że w okresie minionych trzech lat\*:
* nie uzyskałem/am pomocy de minimis
* nie uzyskałem/am pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
* uzyskałem/am pomoc de minimis w wysokości (wartość w euro) : ..................…….
* uzyskałem/am pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości (wartość w euro) : .............……………………………………………………………….
1. Oświadczam, że wnioskowana pomoc będzie / nie będzie\* powiązana z działalnością związaną z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich UE, tzn. bezpośrednio związana z ilością wywożonych produktów, tworzeniem i prowadzeniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem działalności wywozowej.

**\* niepotrzebne skreślić**

**Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o możliwości przekroczenia granic dopuszczalności pomocy.**

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....…...………., dnia .................... …………..………………… miejscowość *czytelny podpis wnioskodawcy*