…………………………………………………………………………

 miejscowość, data

/pieczęć firmowa pracodawcy /

…………………………………………

/data wpływu wniosku do Urzędu /

(wypełnia Urząd)

W N I O S E K

w sprawie refundacji kosztów zatrudnienia osób do 30 roku życia

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

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

***/przy wypełnianiu wniosku zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem x/***

Część A

DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY :

1. Nazwa i adres siedziby Pracodawcy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

tel. tel. kom. fax

2. NIP ---, REGON , PKD ,

e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 nazwa banku i numer konta ...............................................................................................................................................................………………………………

 nr ------

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………….. data rozpoczęcia --

5. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe …………………………………………………

6.

|  |
| --- |
| 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 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 |
| W przypadku wyznaczenia przez podmiot osoby odpowiedzialnej za kontakty, prosimy o podanie jej danych:* imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* nazwa stanowiska służbowego ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* telefon kontaktowy …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
 |

7. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z URZĘDEM PRACY

*Jeżeli Podmiot korzystał ze środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich 2 lat) to proszę podać:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr umowy | Czas trwania umowy od-do | ilość osób - stanowisk | ilość osób zatrudnionych na dalszy okres  | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Część B

Dane dotyczące organizacji pracy:

1. Podmiot zamierza zatrudnić .…………… bezrobotnych w wieku do 30 roku życia.

2. Nazwa stanowiska ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

4. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi ………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

5. Miejsce świadczenia pracy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Zmianowość /ilość zmian, godziny pracy/ …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

7. Proponowane wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości …………………………………………………................................................................... wypłacane do dnia..........................................................................................................................................................................................................................

8. Planowany termin rozpoczęcia pracy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Dodatkowe informacje ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

10. Deklaracja zatrudnienia na dalszy okres po zakończeniu realizacji umowy w sprawie refundacji kosztów zatrudnienia osób do 30 roku życia (tj. po okresie minimum 24 miesięcy): TAK na okres ………………………………………….

 NIE

Część C

Oświadczam, że:

* W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, nie zmniejszałem(am) stanu zatrudnienia, nie rozwiązywałem(am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot z przyczyn dotyczących zakładu pracy, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników; zobowiązuję się do niezmniejszania zatrudnienia i nierozwiązywania stosunku pracy z przyczyn jak wyżej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem.
* 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\*
* W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem(am) karany(a) za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks Karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 roku o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary ;
* dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
* znane są mi postanowienia ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku dotyczące wsparcia osób bezrobotnych do 30 roku życia. Zapoznałem(am) się z informacją zawartą w niniejszym wniosku;
* 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;
* zobowiązuję 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.

\*właściwe zaznaczyć znakiem X

……………………………………………………

czytelny podpis pracodawcy

Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a, że złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech, na podstawie art. 233 § 1 i §6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny.

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

data czytelny podpis pracodawcy

W załączeniu:

* kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną przedsiębiorstwa (wpis do rejestru sądowego lub inne);
* umowa spółki w przypadku spółek cywilnych;
* kopia dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu zatrudnienia (dotyczy przypadku, kiedy miejsce pracy nie jest w siedzibie firmy, a adres ten nie widnieje w żadnym z powyższych załączników).
* oświadczenie o stanie zatrudnienie - Załącznik Nr 1.

UWAGA :

1. Podmiot, który nie podlega przepisom, dotyczącym pomocy publicznej dodatkowo składa także:
* Oświadczenie o niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej Załącznik Nr 2.
1. Beneficjenci pomocy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - dodatkowo dołączają do wniosku także:
* Oświadczenie – Załącznik Nr 3 ;
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu
o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniające rozporządzenie
w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc
de minimis– Załącznik Nr 4.

Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.

Wniosek wypełniony nieprawidłowo i nieczytelnie, bez wymaganych załączników nie będzie rozpatrywany.

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

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

Załącznik Nr 1

…............………………………………

 /pieczęć firmowa pracodawcy

 lub nazwa zakładu pracy/

 ............................, dnia ...........................

OŚWIADCZENIE

o stanie zatrudnienia

Oświadczam, że liczba zatrudnionych pracowników w ostatnich 6 - ciu miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku wynosiła:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc | Liczba zatrudnionych pracowników(stan na koniec miesiąca) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

W przypadku spadku zatrudnienia należy dołączyć kserokopie dokumentów potwierdzających przyczyny zmniejszenia zatrudnienia.

W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, nie zmniejszałem(am) stanu zatrudnienia, nie rozwiązywałem(am) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot z przyczyn dotyczących zakładu pracy, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników; zobowiązuję się do niezmniejszania zatrdunienia i nierozwiązywania stosunku pracy z przyczyn jak wyżej w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem.

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.

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

 (Czytelny podpis głównej księgowej) (Czytelny podpis pracodawcy)

Załącznik Nr 2

…............………………………………

 /pieczęć firmowa pracodawcy

 lub nazwa zakładu pracy/

 ............................, dnia ...........................

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.

.................................................................. ............................................................................ (Czytelny podpis głównej księgowej) (Czytelny podpis pracodawcy)

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

Działalnością gospodarczą jest zarówno działalność produkcyjna, dystrybucyjna jak i usługowa nawet jeżeli nie jest ona nastawiona na osiąganie zysku (ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej).

Załącznik Nr 3

…............………………………………

 /pieczęć firmowa pracodawcy

 lub nazwa zakładu pracy/

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskano pomocy *de minimis* \*

*lub*

1. Uzyskano w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku pomoc
*de minimis* w wysokości: …………………………………………..……euro\*

\* 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 ………………………

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

 (Czytelny podpis głównej księgowej) (Czytelny podpis pracodawcy)