................................................................... ............................................. .................................................................. data

 pieczęć pracodawcy

**W N I O S E K**

**o zawarcie umowy o refundację**

**pracodawcy lub przedsiębiorcy**

**przez okres 12 miesięcy części kosztów**

**poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

na zasadach określonych w art. 150f i 150g ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065, z późn. zm.), ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808), rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.), rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy de minimis w sektorze rolnym oraz rozporządzeniu Komisji (WE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa.

|  |
| --- |
| **1. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** |
| nazwa pracodawcy |  |
| ADRES I SIEDZIBA PRACODAWCY |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat  |  | województwo |  |
| telefon |  | telefon komórkowy |  |
| numer faksu  |  | e-mail |  |
| strona www |  | NIP |  |
| REGON |  | PKD |  |
| adres głównego i dodatkowych miejsc wykonywania działalności |  |
| DANE PRACODAWCY |
| forma prawna |  |
| rodzaj działalności |  |
| data rozpoczęcia działalności |  |
| wysokość składki wypadkowej ZUS |  |
| nazwa banku i numer konta |  |
| imię i nazwisko oraz stanowisko osoby reprezentującej pracodawcę przy podpisywaniu umowy |
|  ……………………………… ..…………………………….. ………………………… imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu**lub**  .……………………………… ………………………………. ..………………………. imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu |
| imię i nazwisko osoby do kontaktu |  |
| nr telefonu |  | e-mail |  |

|  |
| --- |
| **2. LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW\* W OSTATNICH 6 MIESIĄCACH POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU:** |
| Forma zatrudnienia | Ogólna liczba pracowników w dniu złożenia wniosku  | 6 m-cy poprzedzających złożenie wniosku należy podać miesiąc i rok |
|  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę – **liczba zatrudnionych pracowników** |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę – liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełne etaty |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa zlecenie |  |  |  |  |  |  |  |

\* **Do liczby pracowników nie należy wliczać:** właściciela firmy, młodocianych, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. w ramach umów zlecenie, o dzieło), na urlopach macierzyńskich lub wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych.

|  |
| --- |
| W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny i sposób rozwiązania stosunku pracy oraz na jakim stanowisku był zatrudniony zwolniony pracownik: |

|  |
| --- |
| **3. DANE DOTYCZĄCE OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY** |
| Liczba stanowisk pracy |  |
| Nazwa stanowiska |  |
| Rodzaj wykonywanej pracy |  |
| Preferowane wykształcenie (proszę podać poziom i kierunek) |  |
| Niezbędne minimalne kwalifikacje i umiejętności |  |
| Proponowane wynagrodzenie  |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  |
| Zmianowość | jedna zmiana/dwie zmiany/trzy zmiany\* |
| Planowany termin rozpoczęcia zatrudnienia |  |
| Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia |  |
| Termin wypłaty wynagrodzenia (do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący do 10 dnia miesiąca , za miesiąc poprzedni) |   |
| Termin zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne (czy w tym samym miesiącu, w którym wypłacone jest wynagrodzenie, czy w następnym) |  |

\*proszę zaznaczyć wybraną formę

|  |
| --- |
|  **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY** |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
 |
| 1. Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
 |
| 1. Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz z opłacaniem w terminie innych danin publicznych,
 |
| 1. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
 |
| 1. Oświadczam, że skierowany bezrobotny otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrz zakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom
 |
| 1. Oświadczam, że zgodnie z ustawą z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r., poz. 1808)

Jestem nie jestem\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ww. ustawyW przypadku jeżeli podmiot zaznaczy, że jest beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r, poz. 1808) należy wypełnić i dołączyć do wniosku druk „Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis” stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. (Dz. U. Nr 53 poz. 311 z późn. zm) oraz złożyć oświadczenie, że znana jest wnioskującemu treść i spełnia warunki określone Rozporządzeniem 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*\*- niepotrzebne skreślić |
| 1. Spełniam/y warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1407/2013 oraz w art. 3, ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1408/2013.
 |

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

 Miejscowość i data pieczątka i podpis pracodawcy

|  |
| --- |
|  **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| 1. Oświadczenie pracodawcy dotyczące otrzymania lub nie otrzymania pomocy de minimis w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku o udzielenie pomocy publicznej.
 |
| 1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014r., poz. 1543)
 |

**UWAGA : Wymienione załączniki stanowią integralną część wniosku.**

 **Wniosek niekompletny nie będzie realizowany.**

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

…………

 (pełna nazwa pracodawcy )

Na podstawie art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz. U. z 2016 r., poz. 1808) oświadczam, że w roku podatkowym w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 3 poprzedzających lat podatkowych nie otrzymałem / otrzymałem**\*** pomocy *de minimis*w następującej wielkości:

**\* zaznaczyć właściwe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organudzielającypomocy | Dzień udzielen[i](file:///T%3A%5CWNIOSKI%202014%20po%20zmianie%20ustawy%5CREF.%20SK%C5%81ADEK%20DO%2030%20R%C5%BB%5CREF%20SK%C5%81ADEK%20DO%2030%20RZ.docx#bookmark2)apomocy(dzień-miesiąc- rok) | Wartość pomocybrutto |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem pomoc *de minimis* |  |  |

W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika spółki

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* proszę dołączyć kserokopię zaświadczeń
o otrzymanej pomocy.

Świadomy/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

|  |
| --- |
|  |

 ……………………………………

 (czytelny podpis pracodawcy )