Znak: CAZ.IRP – 615 - / /17

 wyn.+skł.

…………………………………………………………

miejscowość i data

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

(pieczęć firmowa Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

**Starosta** **Żniński**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy w Żninie**

## WNIOSEK

**o zawarcie umowy o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

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

**Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis. W przypadku, gdy Pracodawca/Przedsiębiorca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie mają:**

* rozporządzenie komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1 ) *lub*
* rozporządzenie komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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 24.12.2013, str.9)
* ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r. poz. 1808 z późn. zm.)

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**
2. Pełna nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy

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

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

1. Adres siedziby Pracodawcy/Przedsiębiorcy, miejsce prowadzenia działalności, nr telefonu

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

1. Forma prawna ………………………………………………………………………………………………….
2. NIP…………………..………………..……REGON………………..……..…………….EKD/PKD………………………………
3. Data rozpoczęcia działalności…………………………………………………………………………………..
4. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (przeważający)………………………………………………

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

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

1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełen etat (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą)…………………………………………
2. Liczba pracowników, z którymi rozwiązano stosunek pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy w okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku………………………………………………………………
3. Wielkość przedsiębiorstwa (właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

⬜ mikroprzedsiębiorstwo ⬜ małe przedsiębiorstwo ⬜ średnie przedsiębiorstwo

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln EUR.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln EUR.

1. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe……..…………………………………..
2. Nazwa banku i nr konta………………………………………………………………………………………...

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

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania wniosku / umowy (upoważnienie musi wynikać z dokumentów rejestrowych podmiotu lub stosownych pełnomocnictw)…………………………………………………………………………………………………

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

1. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe, nr telefonu / e-mail osoby upoważnionej do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Żninie………………………………………………………………………………………..

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

1. **DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANYCH MIEJSC PRACY W RAMACH REFUNDACJI**
2. Wnioskowana liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy………

w tym niepełnosprawnych……………………………………………………………………………………...

1. Nazwa stanowiska pracy zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy dostępną na stronie internetowej PUP [www.znin.praca.gov.pl](http://www.znin.praca.gov.pl) lub na stronie [www.praca.gov.pl](http://www.praca.gov.pl) …………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………kod zawodu………………………………..

1. Konieczne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi niezbędne do wykonywania pracy przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych
2. poziom wykształcenia……………………………………………………………………………………...
3. umiejętności………………………………………………………………………………………………..
4. uprawnienia………………………………………………………………………………………………...
5. doświadczenie zawodowe………………………………………………………………………………….
6. znajomość języków obcych z określeniem poziomu ich znajomości……………………………………..
7. inne ………………………………………………………………………………………………………...
8. Rodzaj wykonywanej pracy / zakres obowiązków …..………………………………………………………………

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

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

1. Miejsce wykonywania pracy……………………………………………………………………………………
2. Czy Pracodawca/Przedsiębiorca jest szczególnie zainteresowany zatrudnieniem kandydatów z państwa EOG (właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

⬜ tak / ⬜ nie

1. Proponowany okres zatrudnienia skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) w pełnym wymiarze czasu pracy (24 miesiące) od……………………………………………… do……………………………………………..

w tym okres refundacji od …………………………………… do ……………………………….....................

1. Godziny pracy………………………………………………………………………………………………….
2. Rodzaj umowy o pracę stanowiącej podstawę wykonywania pracy………………………………………….
3. System i rozkład czasu pracy (jednozmianowy, dwuzmianowy, trzyzmianowy, ciągły)……………………………………………………………………………………………………………..
4. System wynagradzania pracownika (akordowy, czasowy ze stawką miesięczną, godzinową, prowizyjny)……………………………………………………………………………………………………..
5. Termin wypłaty wynagrodzenia \*

⬜ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący / ⬜ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

1. Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia brutto……………………………………………zł.
2. Wnioskowana wysokość miesięcznej refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenie skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) ……………………..zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia……………………..zł.
3. Upowszechnienie oferty pracy w formie, która \*

⬜ zawiera dane umożliwiające identyfikację Pracodawcy/Przedsiębiorcy

⬜ nie zawiera danych umożliwiających identyfikację Pracodawcy/Przedsiębiorcy

1. Po wskazanym w pkt 7 okresie zatrudnienia skierowanego(-ych) bezrobotnego(-ych) deklaruję dalsze jego/ich zatrudnienie na podstawie umowy o pracę przez okres:1

(właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

⬜ 1 miesiąca ⬜ 2 miesięcy ⬜ 3 miesięcy i więcej

**Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w niniejszym wniosku oraz ich zgodność ze stanem faktycznym**. **Mam świadomość, że dane zawarte w niniejszym wniosku znajdą odzwierciedlenie w zawartej z Urzędem umowie.**

**Zobowiązuję się do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Żninie w sytuacji zmiany jakichkolwiek informacji zawartych we wniosku/oświadczeniach.**

**Zostałem(-am) pouczony(-a) o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów realizacji procedury związanej z organizowaniem refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922).**

...………………………….………………………………..

(data oraz pieczątka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

**Załączniki do wniosku:** (w przypadku podmiotów, które nie prowadzą działalności gospodarczej obowiązuje wyłącznie oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy - załącznik nr 1).

1. Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy (druk w załączeniu).
2. Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy (druk w załączeniu).
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.) –druk do pobrania.
4. Formularz informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. (Dz. U. z 2010r. Nr 121, poz. 810) – druk do pobrania.
5. Dokumenty poświadczające formę organizacyjno-prawną Pracodawcy/Przedsiębiorcy (zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/wydruk z CEIDG, wpis do rejestru sądowego, w przypadku spółek – umowa spółki) lub inny dokument poświadczający uprawnienia do występowania w obrocie prawnym.
6. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA za ostatni miesiąc.

**Uwaga: Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Kopie dokumentów Pracodawca/Przedsiębiorca powinien potwierdzić za zgodność z oryginałem. Wnioski są rozpatrywane w terminie do 30 dni od dnia złożenia.**

**III.** **POSTĘPOWANIE Z OFERTĄ PRACY (wypełnia pracownik PUP)**

1. Okres aktualności oferty ……………………………………………………………………………………………...

2. Częstotliwość kontaktu ustalona z Pracodawcą/Przedsiębiorcą………………………………………………………...

3. Zasięg upowszechnienia oferty

a) w wybranych państwach EOG, których………………………………………………………………………………..

b) przekazanie oferty pracy do wskazanego powiatowego urzędu pracy w celu upowszechnienia w ich siedzibie

(właściwe zaznaczyć znakiem „x”)

⬜ NIE ⬜ TAK- do urzędu

Załącznik nr 1 do wniosku

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. ⬜ **prowadzę działalność gospodarczą** i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis oraz nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji (UE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem / ⬜ **nie prowadzę działalności gospodarczej**, a udzielona pomoc jest wsparciem dla pracodawcy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r. poz. 1808 z póżn. zm.)\*

⬜  **jestem** agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej / ⬜ **nie jestem**

agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej\*

1. ⬜ **spełniam /** ⬜ **nie spełniam /** ⬜ **nie dotyczy** warunki(-ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1)\*;
2. ⬜ **spełniam /** ⬜ **nie spełniam /** ⬜ **nie dotyczy** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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., str. 9)\*;
3. w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem niniejszego wniosku ⬜ **nastąpiło** / ⬜ **nie nastąpiło** umnie zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy \*;
4. ⬜ **zalegam /** ⬜ **nie zalegam** z zapłatą wynagrodzeń pracowników\*;
5. ⬜ **zalegam /** ⬜ **nie zalegam** z zapłatą należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych\*;
6. ⬜ **posiadam /** ⬜ **nie posiadam nieuregulowanych** w terminie zobowiązań cywilnoprawnych\*;
7. w okresie do 365 dni przed dniem złożenia niniejszego wniosku ⬜ **zostałem** / ⬜ **nie zostałem** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie prawa pracy, jak również ⬜ **jestem** / ⬜ **nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie (art. 36 ust. 5f Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)\*;

1. zapoznałem(\_am) się i w pełni akceptuję przepisy dotyczące refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia ujęte w Ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (art. 150 f) i kryteria dotyczące realizowanego instrumentu rynku pracy obowiązujące w Powiatowym Urzędzie Pracy w Żninie w 2017 r.

\* właściwe zaznaczyć znakiem X

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

…………………………………………………………

(data oraz pieczątka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Załącznik nr 2 do wniosku

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat

□ **otrzymałem(-am) /** □ **nie otrzymałem(-am)** środków stanowiącychpomoc de minimis \* □ **otrzymałem(-am) /** □ **nie otrzymałem(-am)** środków stanowiącychpomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie \*

W przypadku otrzymania ww. pomocy należy wypełnić poniższe zestawienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |

\*właściwe zaznaczyć znakiem x

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

…………………………………………………………

(data oraz pieczątka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

**Informacja dotycząca refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

Na podstawie art. 150 f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i kryteriów przedmiotowej formy wsparcia obowiązujących w PUP w Żninie w 2017 r. Starosta może zawrzeć umowę, na podstawie której refunduje pracodawcy lub przedsiębiorcy część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia.

Refundacja kosztów zatrudnienia na jedną osobę bezrobotną tj. wynagrodzenie brutto w wysokości 1800 zł i składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe) od refundowanego wynagrodzenia przysługuje przez okres 12 miesięcy. Po okresie, za który jest dokonywana refundacja, pracodawca lub przedsiębiorca są obowiązani do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres co najmniej 13 miesięcy. Umowa o pracę powinna zostać zawarta na okres co najmniej 25 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy, a pracodawca może ją rozwiązać tylko w przypadku naruszenia obowiązków pracowniczych (art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy). Do okresu 25 miesięcy nie są wliczane przerwy w zatrudnieniu. Skierowany bezrobotny musi mieć ustalony II profil pomocy zgodnie z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

Pracodawca lub przedsiębiorca, aby móc otrzymać pomoc w ramach refundacji, musi prowadzić działalność gospodarczą co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku. Umowa nie może być zawarta z pracodawcą lub przedsiębiorcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy. Bezrobotni, którzy byli zatrudnieni lub wykonywali inną pracę zarobkową (wyjątek stanowią osoby zatrudnione w ramach praktycznej nauki zawodu) u beneficjenta pomocy publicznej (w tym s. c., spółki jawnej, innej, w której wnioskodawca jest właścicielem/współwłaścicielem) w okresie 6 miesięcy przed skierowaniem do pracy w ramach ww. formy, nie będą do niego kierowani.

Na ww. formę wsparcia nie będą kierowane osoby, które były już wcześniej aktywizowane w ramach tej formy oraz osoby, które przerwały udział w aktywnych formach przeciwdziałania bezrobociu proponowanych przez PUP w latach 2016-2017.

Refundacja dokonywana będzie w terminie do 60 dni od dnia złożenia przez wnioskodawcę prawidłowo sporządzonego i kompletnego wniosku.

Refundacja jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

Niewywiązanie się z warunków zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej przez okres, za który dokonywana jest refundacja oraz przez okres 12 miesięcy po jej zakończeniu, powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy w kwocie proporcjonalnej do okresu, w którym nie utrzymano zatrudnienia skierowanej osoby, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania refundacji za pierwszy miesiąc, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Starosty.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu 12 miesięcy po jej zakończeniu, Starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego.

W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca lub przedsiębiorca zwracają uzyskaną pomoc w kwocie proporcjonalnej do okresu, w którym nie utrzymano zatrudnienia skierowanej osoby wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Starosty. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez PUP na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca lub przedsiębiorca nie zwracają uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu.

Refundacje z tytułu umów zawartych w 2017 r. będą wypłacane najpóźniej do dnia 28.12.2018 r.

Zapoznałem się z powyższymi informacjami.

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

(data, pieczątka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy)