POWIATOWY URZĄD PRACY W KWIDZYNIE
82 - 500 Kwidzyn, ul. Grudziądzka 30, tel. 55 267 27 00, fax 55 267 27 01
sekretariat@pupkwidzyn.pl www.kwidzyn.praca.gov.pl

2017

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczątka firmowa Pracodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
W KWIDZYNIE

WNIOSEK O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO DO 30 ROKU ŻYCIA

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

WNIOSKOWANA LICZBA BEZROBOTNYCH DO ZATRUDNIENIA ..... W PEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY

Refundacja pracodawcy lub przedsiębiorcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia, przysługuje przez okres 12 miesięcy w kwocie określonej w umowie, nieprzekraczającej kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia, za każdego zatrudnionego bezrobotnego.

Dofinansowanie wynagrodzenia jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY:

1. Nazwa .....

   ..... .

2. Adres siedziby .....

3. Miejsce prowadzenia działalności .....

   ..... .

4. Telefon / fax / e mail .....

   ..... .

5. Osoba uprawniona do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy .....

   ..... .

6. NIP ....., REGON ....., PKD ..... .

7. Nazwa banku .....

   Numer konta .....

8. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności .....

   ..... .

9. Rodzaj prowadzonej działalności .....

..... .

10. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc: *(właściwe zakreślić – X)*

☐ mikro ☐ małe ☐ średnie ☐ inne

11. Forma opodatkowania

☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych ☐ karta podatkowa

☐ pełna księgowość ☐ książka przychodów i rozchodów

12. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe .....

13. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy:

....
(imię nazwisko) (stanowisko)

....
(imię nazwisko) (stanowisko)

Oświadczam(-y), że:

Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) na podstawie:

- umowy o pracę na czas nieokreślony: .....
- umowy o pracę na czas określony: .....

W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku zatrudnienie w zakładzie przedstawiało się następująco:

Rok						
Miesiąc						
Liczba pracowników						

W przypadku spadku zatrudnienia w ww. okresie prosimy o podanie przyczyny (uzasadnienia):

.....

UWAGA: Starosta nie może zawrzeć umowy z pracodawcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy

DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA W RAMACH REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO DO 30 ROKU ŻYCIA:

1. Proponowane zatrudnienie bezrobotnych w ramach refundacji wynagrodzenia zatrudnionych osób do 30 roku życia, na nowych stanowiskach pracy (liczba osób ogółem) ..... .
2. Nazwa stanowiska pracy .....

   kod zawodu[1] .....
3. Proponowany okres zatrudnienia w ramach refundacji od ..... do ..... w pełnym wymiarze czasu pracy.
4. Miejsce wykonywania pracy .....

   ..... .
5. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanych bezrobotnych ..... zł/m-c.
6. Zmianowość ..... .
7. Rodzaj prac oraz niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi:

Lp.	Rodzaj prac	Ilość osób	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Proponowane koszty miesięczne (Pracodawcy), w tym składka ZUS dla skierowanych bezrobotnych

8. Wnioskowana kwota refundowanego z Funduszu Pracy wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ..... zł/m-c.

1 Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodow i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. poz. 1145).

Ponadto oświadczam(-y), że:

1. Zapewniam(-amy) po upływie refundacji dalsze zatrudnienie osób na podstawie umów o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, na okres nie krótszy niż ..... miesięcy. *(minimalny okres utrzymania zatrudnienia po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne wynosi 12 miesięcy).*

2. Jestem(-śmy) świadom(-a, -i), iż nie wywiązanie się z warunku o którym mowa w pkt 1 lub naruszenie innych warunków umowy powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi.

3. **Nie zalegam(-y)/zalegam(-y)*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

4. Nie został złożony wniosek o upadłość ani o likwidację zakładu.

5. **Prowadzę/nie prowadzę*** działalność(-ci) gospodarczą(-ej) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 z późn. zm.).

6. **Spełniam(-y)/nie spełniam(-y)*** warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.).

7. **Uzyskałem(-am)/nie uzyskałem(-am)*** pomoc(-y) *de minimis* w bieżącym roku kalendarzowym i poprzedzających go dwóch latach kalendarzowych w wysokości przekraczającej 200 000 Euro, albo pomocy *de minimis* przekraczającej 100 000 Euro w sektorze transportu drogowego towarów. (W przypadku uzyskania ww. pomocy w niższej wysokości należy wypełnić pkt 8).

8. **Uzyskałem(-am)** pomoc *de minimis* w bieżącym roku kalendarzowym i poprzedzających go dwóch latach kalendarzowych przed dniem złożenia wniosku; w wysokości ..... Euro, albo pomoc *de minimis* w wysokości ..... Euro w sektorze transportu drogowego towarów, co potwierdzam załączonymi kserokopiami zaświadczeń na kwotę ..... zł, tj. ..... Euro.

9. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku **nastąpiło/nie nastąpiło*** zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

10. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku nie zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

Wyrażam(-y) zgodę na przetwarzanie moich(naszych) danych osobowych dla celów związanych z wykonywaniem zadań PUP w Kwidzynie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.).

Świadom(-a, -i) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam(- y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....	.....
(podpis i imienna pieczątka głównego księgowego lub osoby upoważnionej)	(podpis i imienna pieczątka Pracodawcy, Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej)

Wymienione załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
Tylko wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony podlega rozpatrzeniu w terminie 30 dni od dnia jego złożenia.

ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE GWARANTUJE PRZYZNANIA REFUNDACJI ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY

Wnioski wraz z kompletem dokumentów składa się w siedzibie PUP - pokój 17, I piętro w godzinach od 7.30 do 14.00.

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI:
1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia podmiotu (wpis do ewidencji działalności gospodarczej, KRS, Uchwała, Statut).
2. Kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. (Dz. U. poz. 1543) lub (jeśli dotyczy) formularz informacji składanych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 121, poz. 810)
4. Oświadczenie o korzystaniu lub niekorzystaniu z pomocy de minimis w bieżącym roku kalendarzowym i poprzedzających go 2 latach kalendarzowych (w przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną – dodatkowo oświadczenia imienne wszystkich wspólników).
5. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.

OŚWIADCZENIE O EWENTUALNYCH POWIĄZANIACH WNIOSKODAWCY

Z INNYMI PRZEDSIĘBIORSTWAMI

.....

.....
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres wnioskodawcy)

Czy pomiędzy wnioskodawcą, a innymi przedsiębiorstwami istnieją powiązania polegające na tym, że:

1) jedno przedsiębiorstwo posiada w drugim przedsiębiorstwie większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców?	tak	nie
2) jedno przedsiębiorstwo ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa?	tak	nie
3) jedno przedsiębiorstwo ma prawo wywierać dominujący wpływ na inne przedsiębiorstwo zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorstwem lub postanowieniami w jego akcie założycielskim lub umowie spółki?	tak	nie
4) jedno przedsiębiorstwo, które jest akcjonariuszem lub udziałowcem innego przedsiębiorstwa, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub udziałowcami tego przedsiębiorstwa, większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców te go przedsiębiorstwa?	tak	nie
5) przedsiębiorstwo pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jedno inne przedsiębiorstwo lub kilka innych przedsiębiorstw?	tak	nie

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy dołączyć zaświadczenia lub oświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 z późn. zm.) oraz numery NIP wszystkich powiązanych z wnioskodawcą przedsiębiorstw.

....

Data Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O EWENTUALNYM ŁĄCZENIU, PRZEJĘCIU LUB POWSTANIU WNIOSKODAWCY W WYNIKU PODZIAŁU

.....

.....
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres wnioskodawcy)

Czy wnioskodawca w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

1) powstał wskutek połączenia się co najmniej dwóch przedsiębiorstw?	tak	nie
2) przejął inne przedsiębiorstwo?	tak	nie
3) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorstwa na co najmniej dwa przedsiębiorstwa?	tak	nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 i 2, należy dołączyć zaświadczenia lub oświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz numery NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorstw.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3, należy dołączyć zaświadczenia, o których mowa w art. 37, ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, dotyczące pomocy de minimis udzielonej przedsiębiorstwu przed podziałem w odniesieniu do przejmowanej przez wnioskodawcę działalności. Jeśli taki podział jest niemożliwy należy dołączyć wszystkie zaświadczenia udzielone przedsiębiorstwu przed podziałem. Jednocześnie w obu przypadkach należy podać numer NIP przedsiębiorstwa przed podziałem.

....

Data Podpis i pieczęć Wnioskodawcy