

**POWIATOWY URZĄD PRACY W GRYFINIE**

….…………………………….……………… Nr sprawy w PUP …………………………….

(nazwa pracodawcy)

REGON …………………………………………..

Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie / Filia w Chojnie

WNIOSEK O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA

DLA OSOBY DO 30 ROKU ŻYCIA

*Wniosek o refundację części kosztów wynagrodzenia dla osoby do 30 roku życia,* na podstawie art. 150f ustawy *z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r. poz. 149 z późn. zm.), może złożyć pracodawca lub przedsiębiorca o ile prowadzą działalność przez okres co najmniej 6 miesięcy.*

**POUCZENIE:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte we wniosku pytania.
3. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku starosta powiadamia wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
4. Uwzględniony może zostać wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony.
5. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony starosta wyznacza wnioskodawcy 5-dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nie uzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
6. W przypadku nieuwzględnienia wniosku starosta podaje przyczynę odmowy.
7. Od negatywnego stanowiska urzędu pracy nie przysługuje odwołanie.

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

## Nazwa pracodawcy ( firma lub imię i nazwisko)...............................................................................................

## Adres siedziby pracodawcy …………………………………….......................................................................

## Miejsce prowadzenia działalności………………………..……………………………………….………....…

## Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy - podpisania umowy

## ............................................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy)*

1. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów ……………………………………..……

## tel/fax......................................................................... e-mail .............................................................................

1. Dane dotyczące prowadzonej działalności:
2. Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej wg PKD 2007..........................................
3. Numer identyfikacji podatkowej NIP ..........................................................................................................
4. Numer identyfikacyjny REGON……………………………………….………………………………......
5. Data rozpoczęcia działalności ......................................................................................................................
6. Forma prawna (zaznaczyć właściwą) **[[1]](#footnote-1)**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  osoba fizyczna prowadząca działalność   spółka cywilna |  spółka jawna   spółka partnerska |  spółka komandytowa   spółka z o.o. |

 inna forma prawna (podać jaka)…………………………………………………………………..….…...

1. Forma opodatkowania ……………………………………………………………………………………..
2. Stopa % składek na ubezpieczenie wypadkowe ........................................................................................
3. Wielkość pracodawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  mikro przedsiębiorstwo   małe przedsiębiorstwo |  średnie przedsiębiorstwo   duże przedsiębiorstwo |  pracodawca nie będący przedsiębiorcą |

1. Numer rachunku bankowego, na który mają być przekazana refundacja:

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

1. Liczba ogółem zatrudnionych pracowników **[[2]](#footnote-2)** na dzień złożenia wniosku………..............................................

**DANE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRACY W RAMACH REFUNDACJI**

1. Proponowana liczba osób bezrobotnych do 30 roku życia do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy na okres 24 miesięcy: …………………………………………….............................................………….……
2. Miejsce wykonywania pracy:

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

1. Rodzaj wykonywanych prac (czynności wykonywane na stanowisku pracy):

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

1. Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (klasyfikacja dostępna na stronie [www.pupgryfino.com.pl](http://www.pupgryfino.com.pl))

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

1. Nazwa stanowiska pracy………………………………………………………......……………………………
2. Godziny pracy/zmianowość…………………………………………………….....…………………...………
3. **Niezbędne kwalifikacje osób bezrobotnych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | wykształcenie |  |
| 2) | staż pracy  (wymagany okres- liczba miesięcy/lat, w jakim zawodzie) |  |
| 3) | wymagane uprawnienia  (np. prawo jazdy) |  |

1. **Pożądane kwalifikacje osób bezrobotnych i inne wymogi :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | pożądane kwalifikacje |  |
| 2) | inne wymogi |  |

1. **Proponowana wysokość wynagrodzenia za pracę dla osób zatrudnionych w ramach refundacji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | wynagrodzenie brutto **za jeden miesiąc dla 1 osoby** |  |
| 2) | miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia w części ponoszonej przez pracodawcę |  |

1. **Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | Wysokość refundacji wynagrodzenia **za jeden miesiąc dla 1 osoby** |  |
| 2) | Miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne od kwoty refundacji w części ponoszonej przez pracodawcę |  |

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

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumenty składane w oryginale:** | |
| **1** | Oświadczenie wnioskodawcy –w **załączniku nr 1** |
| **2** | Oświadczenie beneficjenta pomocy publicznej – w **załączniku nr 2 w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej** |
| **4** | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis;* lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie. -* **w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej** |
| **Potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę** kserokopie następujących dokumentów: | |
| **3** | W przypadku **spółek cywilnych** - **umowa spółki.**  W przypadku **podmiotów prawa handlowego - wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego** odzwierciedlający aktualny na dzień składania wniosku stan prawny. |

**POUCZENIE** : Wnioskodawca jest zobowiązany złożyć wszystkie załączniki, które go dotyczą. Załączniki składane jako kopie dokumentów muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę. Na życzenie urzędu Wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.

***Załącznik Nr 1***

*do wniosku*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**Oświadczam, że:**

1. Na dzień złożenia wniosku **nie znajduję się** w stanie likwidacji lub upadłości.
2. Na dzień złożenia wniosku **nie zalegam** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
3. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku **nie zmniejszyłem** zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
4. Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji oraz przez okres 12 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

***Załącznik Nr 2***

*do wniosku*

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ**

**składa odrębnie wnioskodawca oraz każdy z podmiotów powiązanych**

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

(pełna nazwa składającego oświadczenie)

**Oświadczam, że:**

⬜ Nie korzystałem dotychczas z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.2007r. Nr 59 poz. 404 z póżn. zm.).

⬜ Korzystałem z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis i w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych uzyskałem pomoc w kwocie:

Kwota pomocy (w EURO)...................................................................................................................................

(słownie:...............................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………..………….…………………………………………………………………………………………………………………….……**)**

*□ zaznaczyć właściwe*

Data: ……………… 20……. r. ...............................................................................

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli)*

1. W przypadku spółek prawa cywilnego do wniosku należy załączyć kserokopię aktualnej umowy spółki [↑](#footnote-ref-1)
2. **Pracownik** - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-2)