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

**(pieczęć wnioskodawcy) (miejscowość, data)**

 **Starosta Człuchowski**

za pośrednictwem

 **Powiatowego Urzędu Pracy w Człuchowie**

**W N I O S E K**

**O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA,**

**NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE**

**DLA OSÓB DO 30 ROKU ŻYCIA**

Zgodnie z art. 150f, 150g ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach

rynku pracy (Dz. U z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.).

**A. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy ……………………………………………………………………………………………

2. Adres siedziby…………………………………………………………………………………………………

.

3. Miejsce prowadzenia działalności……………………………………………………………………………

4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z urzędem, nr tel. i e-mail …..………………………

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

5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności …………………………………..

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

6. Data rozpoczęcia działalności ………………………, PKD (przeważające) …………………….………

7. NIP .............................................................................., REGON ........................................................

8. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe ………………………….……………………

10. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc:\*

 Mikro  Mały  Średni  Inny

11. Nr rachunku bankowego ……………………………………………………………………………………………….

**WNIOSKOWANA LICZBA BEZROBOTNYCH DO ZATRUDNIENIA ……………….. W PEŁNYM**

**WYMIARZE CZASU PRACY**

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA**

 **WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZNIA SPOŁECZNE**

1. Osoby bezrobotne zostaną zatrudnione w okresie:

od ………………………………...do………………………………….. w pełnym wymiarze czasu pracy

2. Miejsce i rodzaj prac ( nazwa stanowiska ), które mają być wykonywane przez skierowanego/ ych bezrobotnego/ych:

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

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

3. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi (w tym poziom i kierunek wykształcenia):

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

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

4. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych: …..…………...

5. Wnioskowany okres refundacji od ……............................do .................................. .

6. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia: ………………………………..

7. Po upływie okresu refundacji przewidujemy dalsze zatrudnienie skierowanej/ych………………..osoby/ób

 bezrobotnej/ych przez okres co najmniej 12 miesięcy.

8. Stan zatrudnienia w firmie (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy) za okres ostatnich 6 miesięcy):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc** | **Rok** | **Ogólny stan zatrudnienia (w przeliczeniu na pełen etat)** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

9. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę:

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

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

10. Dotychczas korzystałem/am ze środków Funduszu Pracy – (TAK/NIE) w formie:

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

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

Osoba/y przewidziane do zatrudnienia w ramach refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne (art. 150f, 150g. ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2015r. poz. 149 z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Imię i nazwisko | PESEL |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

|  |
| --- |
| **Do wniosku należy załączyć:** Kserokopię dokumentu poświadczającego formę prawną prowadzonej działalności (zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do krajowego rejestru sądowego lub inne). 1. Kserokopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON.
2. Kserokopię decyzji o nadaniu nr NIP.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. nr 53, poz. 311) (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810)
4. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
5. Oświadczenie Wnioskodawcy.
 |

**Jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy
otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis, zobowiązuję się wówczas do niezwłocznego złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy.**

**Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Człuchowie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany z dniu złożenia wniosku.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą (Art. 233 § 1 k.k).**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Człuchowie w zakresie świadczenia usług rynku pracy (Ustawa z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych tj. Dz.U. z 2015r., poz. 2135 z późn. zmian.).

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

 **(data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

**1. Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego/ch bezrobotnego/ych przez okres za który dokonywana będzie refundacja oraz przez okres 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji;**

**2. Nie zalegam/ zalegam** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

**3.** W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskałem/ uzyskałem** inną pomoc niż pomoc de minimis (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się/ kumuluje się1** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie;

**4. Nie otrzymałem/ otrzymałem** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie/w rybołówstwie**³** w wysokości ……………………………w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych;

**5. Spełniam/ nie spełniam** warunki 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);

**6. Spełniam/ nie spełniam** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27

czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii

Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014r.).

**7. Spełniam/ nie spełniam1** warunki rozporządzenia (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.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;

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

 (data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)