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

………………………………………… miejscowość data

/pieczęć firmowa pracodawcy/

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **w Ełku**

**WNIOSEK NR …………**

**o organizację refundowanego stanowiska pracy**skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY :**
2. Nazwa pracodawcy .................. ..........................................................................................................

Adres siedziby......................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności.......................................................................................................

Nr telefonu(ów) tel. tel. kom.

 fax

Imię, nazwisko, stanowisko i nr telefonu osoby do kontaktu...........................................................

2. NIP , REGON , PKD

1. Nazwa banku i numer konta……………………………………………………………………….

4. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności……………………………………………

5. Rodzaj prowadzonej działalności.........................................................................................................

..............................................................................data rozpoczęcia............................................................

6. Forma opodatkowania.............................................................................................................................

7. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe wynosi **,**%

8. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku/w przeliczeniu na pełne etaty/…..................................

**Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **m-c/ rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba zatrudnionych osób** |  |  |  |  |  |  |

W przypadku **zmniejszenia** przez podmiot liczby pracowników w ciągu ostatnich 6 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku, proszę o podanie przyczyny:

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

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH**

Wyrażam gotowość dotyczącą zorganizowania stanowiska pracy w pełnym wymiarze czasu pracy dla .......... osoby(-ób) bezrobotnej(-ych) zarejestrowanej(-ych) w Urzędzie i zobowiązuję się utrzymać w zatrudnieniu skierowaną(-e) osobę(-y) bezrobotną(-e) przez okres 12 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

1. Liczba osób bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia ramach refundowanego zatrudnienia ………………………………………………………………………………….
2. Okres zatrudnienia refundowanego od .................................... do ..........................................

/1 – 12 miesięcy/

1. Okres zatrudnienia po refundacji od ......................................... do .........................................

/ 12 miesięcy/

1. Miejsce zatrudnienia bezrobotnych ………………………………………………………….
2. Godziny pracy (zmianowość): ………………………………………………………………
3. Stanowiska przewidziane dla skierowanych bezrobotnych (nazwa) :

a)…………………………………………………………………………………………………

b)…………………………………………………………………………………………………

c)

1. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych (opis wykonywanych czynności):

a)

b)

c)

1. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni (wykształcenie, uprawnienia, doświadczenie w zawodzie i inne):

a)

b)

c)

1. Kandydat(-ci), gdy Wnioskodawca posiada swojego(-ich) kandydata(-ów)- imię, nazwisko, miejsce zamieszkania:……………………………………….……………….………………..

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

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

…………………………………………………………………………………………………

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych ……………….....................................................................................................................

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

1. Czy zakład pracy korzystał ze wsparcia finansowego Urzędu, jeśli tak to w jaki sposób wywiązał się z umów w okresie 2 ostatnich lat

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

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

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

/nr umowy, z dnia, ilość osób refundowanych, ilość osób zatrudnionych po okresie refundacji/

W związku z powyższym wnoszę o rozpatrzenie wniosku i udzielenie w tym zakresie pomocy de minimis w trybie art. **150 f** Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065)

**OŚWIADCZAM ŻE :**

* Jestem / nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniach w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2007r., Nr 59, poz. 404 z późn. zm.)
* nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych;
* nie zostałem w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie naruszenia praw pracowniczych (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – Dz. U. z 2017 r. poz. 1065);
* jestem świadomy faktu, że udzielona refundacja będzie stanowić pomoc de minimis spełniającą warunki określone w rozporządzeniu 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), rozporządzeniu 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) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury,
* skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym w danym zakładzie pracy;
* w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku nie zmniejszyłem zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz w oświadczeniach są zgodne z prawdą.

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

 /data/ /podpis, pieczęć imienna/

**Załączniki:**

1. dokumenty poświadczające formę prawną istnienia firmy: wydruk z właściwego rejestru gospodarczego KRS lub w przypadku przedsiębiorców będących osobami fizycznymi - wydruk ze strony internetowej CEIDG, dodatkowo umowa spółki – w przypadku spółki cywilnej;
2. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543);
3. Zaświadczenia o pomocy de minimis (potwierdzone za zgodność z oryginałem), jaką otrzymano w roku, w którym podmiot ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat, albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.

**Uwaga!**

 **Wniosek nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny nie uzupełniony w wyznaczonym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**

1. **Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku\*:**
* *nie otrzymałem pomocy* ***de minimis***
* *otrzymałem pomoc* ***de minimis*** *w wysokości ……………………… euro i dołączam kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem, zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku*

\*- właściwe zaznaczyć

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro****netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |

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

(data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz w oświadczeniach są zgodne z prawdą.**

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

(data) *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu)*