**Data wpływu wniosku: ………………..**

## Nr wniosku – WnRefDo30/……/………

Węgrów, dnia ..................................

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

 (pieczęć pracodawcy lub przedsiębiorcy)

**Starosta Węgrowski**

 za pośrednictwem

Powiatowego Urzędu Pracy w Węgrowie

ul. Piłsudskiego 23

07-100 Węgrów

## W N I O S E K

**o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia**

na zasadach określonych w art. 150f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2016r., poz. 645 z późn.zm)

1. Pełna nazwa pracodawcy …………………………………………………………………………………...............

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

1. Adres siedziby ……………………………………………………………………………………………………….….,
tel. ……………………………………….., e-mail ………………………………………………………………………..
2. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………………………………….

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

1. Imię i nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę ……………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Imię i nazwisko osoby do kontaktu …………………………………………………………………………..… .………………………………………………………, tel. …………………………………………………………………..
3. Numer identyfikacyjny REGON..................................., NIP…………………………………………..……..,
 PKD ...............................................................................
4. Forma organizacyjno – prawna …………………………………………………………………………………
5. Rodzaj prowadzonej działalności .............................................................................................................
6. Data rozpoczęcia działalności .....................................................................................................................
7. Pełna nazwa banku …………………………………………………………………………………………………..
8. Numer konta bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Forma opodatkowania (właściwe podkreślić): 1/ pełna księgowość, 2/ książka przychodów i rozchodów, 3/ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych,
4/ karta podatkowa.
2. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe ………………………………………%
3. Liczba zatrudnionych osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku: ………………………………………………………………………………………………….
4. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosiła:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa miesiąca** | **Liczba zatrudnionych osób** | **Liczba osób, z którymi został rozwiązany stosunek pracy** | **Powód rozwiązania umowy zgodnie z wydanym świadectwem pracy** | **Umowę rozwiązano na wniosek** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

**UWAGA! W przypadku rozwiązania umowy o pracę należy dołączyć świadectwa pracy wraz z wypowiedzeniem lub podaniem o zwolnienie.**

1. Oświadczenie Pracodawcy lub Przedsiębiorcy o dotychczasowej współpracy
z Powiatowym Urzędem Pracy:
2. Korzystałem(am)/nie korzystałem(am)\* z form realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Węgrowie w roku bieżącym oraz w okresie ostatnich 2 lat;
3. Wywiązywałem(am)/ nie wywiązywałem(am)\* się z warunków zawartych umów w roku bieżącym oraz w okresie ostatnich 2 lat (jeżeli nie – podać przyczynę): ……………………………………………………………………………………………………….

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

17. Informacja dotycząca zatrudnienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu** | **Nazwa stanowiska** | **Proponowane wynagrodzenie brutto**  | **Pożądane wykształcenie** | **Pożądane kwalifikacje i uprawnienia** |
|  |  |  |  |  |  |

18. Planowany 12 miesięczny okres zatrudnienia w ramach refundacji:
od ……………………………………….………………... do …………………………………………… ……………….

(Pracodawca lub przedsiębiorca w ramach refundacji przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia jest obowiązany do utrzymania z zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego przez okres, za który dokonywana jest refundacja oraz przez okres minimum 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji).

1. Wnioskowana wysokość refundacji: ……………………………………………………………………….
2. Miejsce wykonywania pracy ……………………………..…..……………………………………………….
3. Termin wypłaty wynagrodzenia: (odpowiednie zaznaczyć)

🞏 Wynagrodzenie wypłacane jest w miesiącu, w którym świadczono pracę;
🞏 Wynagrodzenie wypłacane jest w miesiącu następnym po miesiącu świadczenia pracy.

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY LUB PRZEDSIĘBIORCY**

1. Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:
2. prowadzę działalność gospodarczą co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku;
3. w okresie 6 miesięcy przez złożeniem wniosku nie nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn zakładu pracy;
4. nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom;
5. nie zalegam z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie
 zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
6. nie zalegam z zapłatą innych danin publicznych;
7. nie jest prowadzone wobec mnie postępowanie egzekucyjne w trybie sądowym lub administracyjnym.
8. Deklaracja zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej – po zakończeniu 24 miesięcznego okresu obowiązkowego zatrudnienia[[1]](#footnote-1):
9. Deklaruję zatrudnienie lub inną pracę zarobkową:
10. Na czas nieokreślony …………………………….osobę(y)
11. Na czas określony tj. na………………….. m-ce(y) …………………….osobę(y)
12. Nie deklaruję zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.
13. Oświadczam, że:
14. **Jestem/ nie jestem\*** beneficjentem pomocy de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2016, poz.1808);
15. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia
o uzyskanej pomocy de minims, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy - otrzymam pomoc de minimis.
16. Zobowiązuję się jako pracodawca lub przedsiębiorca do utrzymania w zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego przez okres, za który dokonywana jest refundacja oraz przez okres minimum 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.
17. W przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej ze Starostą zobowiązuję się do zwrotu uzyskanej refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenie, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne, 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 wezwania starosty.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych (art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

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

 (miejscowość i data) (podpis i pieczątka pracodawcy lub przedsiębiorcy)

\*niepotrzebne skreślić

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU**

1. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
2. Zgłoszenie krajowej oferty pracy
3. Deklaracja ZUS DRA za miesiąc poprzedzający składanie wniosku o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia.

**PRACODAWCY LUB PRZEDSIĘBIORCY SPEŁNIAJĄCY WARUNKI DOPUSZCZALNOŚCI UDZIELANIA POMOCY DE MINIMIS SKŁADAJĄ DODATKOWO:**

1. Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy *de minimis* przez jedno przedsiębiorstwo w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych - załącznik nr 1 do wniosku o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy publicznej przez jedno przedsiębiorstwo w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych - załącznik nr 2 do wniosku o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego do 30 roku życia.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. nr 53, poz.311 z późn. zm.) oraz na stronie [wegrow.praca.gov.pl](http://www.praca.wegrow.com.pl) .

**Oświadczenie
o wielkości otrzymanej pomocy de minimis**

Imię i nazwisko/nazwa firmy………………………………………………………..…………..

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

NIP…………………………………………………………………………………..…………..

REGON…………………………………………………………………………….……………

**Oświadczam, że** w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych w/w przedsiębiorstwo **otrzymało** / **nie otrzymało\*** pomoc/(y) *de minimis* w łącznej wysokości ........................... zł. słownie: …………………………………………………………………………………………………..

co stanowi ................................. euro, słownie: ………………………………………………..

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

**Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis.**

**Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem\*\***

……………..……………. ……………………………………………..

 (miejscowość i data) (pieczątka i podpis Pracodawcy lub Przedsiębiorcy)

*Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 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), oznacza całkowitą kwotę pomocy przyznaną jednemu przedsiębiorstwu
w ciągu 3 lat podatkowych oraz przez państwo członkowskie, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 euro (100 000 euro w sektorze transportu drogowego towarów). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich
w przypadku, gdy pomoc przyznawana jest w formie innej niż dotacje, kwotę pomocy stanowi ekwiwalent dotacji brutto pomocy. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.*

*Zgodnie z art.37 ust. 7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc zaświadczeń, oświadczeń lub informacji o których mowa
w art. 37 ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, pomoc nie może być udzielana temu podmiotowi.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\***niepotrzebne skreślić.

**\*\***złożenie informacji niezgodnych z prawdą może skutkować koniecznością zwrotu udzielonej pomocy oraz konsekwencjami wynikającymi z ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

………………………………………………… ……………………………………..

(pieczęć pracodawcy lub przedsiębiorcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w roku podatkowym, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych w ramach **jednego przedsiębiorstwa***\*(właściwe zaznaczyć)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | □ **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis w rolnictwie,□ **otrzymałem(am)** pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ………………….….. |
|  | □ **nie otrzymałem/am** pomocy de minimis w rybołówstwie,□ **otrzymałem/am** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ………………….. |
|  | □ **nie otrzymałem/am** innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,□ **otrzymałem/am** inną pomoc publiczną, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis, w wysokości …………………………………………….. |

 ….………………………………………………………………………
 (pieczęć i podpis pracodawcy lub przedsiębiorcy)

\*Definicja jednego przedsiębiorstwa jest określona w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 r.)

1. odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)