Lubin, dnia....................................

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

 /pieczątka firmowa/

*Nr wniosku ................................* ***Do Dyrektora***

*Nr oferty ...................................* ***Powiatowego Urzędu Pracy***

*Nr umowy .................................* ***w Lubinie***

**W N I O S E K**

**o zorganizowanie pracy w ramach refundacji składek na ubezpieczenia społeczne
 w trybie art. 47 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. 2024.475)**.

***Informacje dotyczące zakładu pracy:***

Pełna nazwa wnioskodawcy

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

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

Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej …....................................................................

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

REGON ….................................................. NIP …....................................................................

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

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

Rodzaj przeważającej działalności …....................................... PKD …....................................

Wysokość składki wypadkowej …………%

Obecnie zatrudniam ............................. pracowników w pełnym wymiarze czasu pracy.

Nazwa i numer rachunku bankowego …....................................................................................

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

Imię i nazwisko dyrektora / właściciela …...................................................................................

Imię i nazwisko osoby umocowanej do zawierania umów cywilno – prawnych

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

Imię i nazwisko osoby odpowiadającej za finanse w firmie

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

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem, numer telefonu

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

***Dane dotyczące organizowanego miejsca zatrudnienia bezrobotnych:***

Proszę o rozważenie możliwości skierowania do naszego zakładu pracy (podać liczbę).................. bezrobotnego/bezrobotnych zarejestrowanego/zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubinie. Planowana data zatrudnienia od ................................... . Osoba/y bezrobotna/e będzie/będą zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy.

Bezrobotna/bezrobotne osoba/y zatrudniona/e będzie/będą na stanowisku/ach:

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

Miejsce pracy będzie znajdowało się (pełny adres): …..............................................................

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

Praca będzie polegała na (opis wykonywanych czynności) …..................................................

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

Kierowani przez urząd bezrobotni winni posiadać ( kierowane będą tylko osoby ze wskazanymi kwalifikacjami) :

* Wykształcenie .....................................................................................................
* Zawód wyuczony lub wykonywany: ....................................................................
* Dodatkowe umiejętności…..................................................................................
* Staż pracy na wskazanym we wniosku stanowisku.............................................

Osoby bezrobotne spełniające w/w wymagania powinny zgłaszać się (należy podać faktyczne miejsce kontaktu bezrobotnego z pracodawcą): …...................................................

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

* Czas pracy – system pracy (proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ jednozmianowy ☐ dwuzmianowy ☐ praca w ruchu ciągłym

I zm. od ……. do ……. II zm. od ……. do ……. III zm. od ……. do …….

Zatrudnienie wymaga pracy w: ☐ niedzielę ☐ święta ☐ w porze nocnej

Proponowane wynagrodzenie brutto …....….......................... zł/m-c określone zostało
na zasadach obowiązujących pracowników stałych zatrudnionych w zakładzie na takich samych lub podobnych stanowiskach pracy.

***Oświadczenia i deklaracje:***

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 Kodeksu karnego) oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, że:

1. dane wskazane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą;

2. nie zalegam z opłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz FGŚP,

3. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),

4. nie posiadam żadnych nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

1. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,

6. nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony
 wniosek o likwidację, nie wydano decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu
 pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną
 z prawem i ze wspólnym rynkiem,

7. w okresie 3 lat poprzedzających otrzymanie pomocy nie uzyskałem/am pomocy
publicznej ani pomocy de minimis, która kumuluje się z powyższą pomocą
co powoduje przekroczenie maksymalnej intensywności pomocy.

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

 /czytelny podpis wnioskodawcy/

Wyrażam zgodę na podawanie przez PUP w Lubinie do publicznej wiadomości danych dotyczących Pracodawcy zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku zgodnie z wymogami art. 59b Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. 2017.1065) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U z 2016.922 z późn. zm.).

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

 /czytelny podpis wnioskodawcy

 **Obowiązujące załączniki:**

* wpis do działalności gospodarczej lub wyciąg z rejestru handlowego/ksero/ lub statut
* oświadczenie o nie zaleganiu z opłatą składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP,
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de mini mis,
* W przypadku nie otrzymania pomocy oświadczenie pracodawcy.\*\*

**WAŻNE:**

**wnioski nie uzupełnione i niekompletne nie będą rozpatrywane na posiedzeniu komisji /powinny być wypełnione wszystkie rubryki oraz dołączone wymagane załączniki/.**

***Adnotacje urzędowe:***

**Sprawdzono pod względem merytorycznym:**

* Pomoc nie zachodzi w zakazanym obszarze (PKD 05.10Z).
* Wnioskodawca podlega/nie podlega\* przepisom o pomocy de minimis.

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

 /data i podpis pracownika merytorycznego/

***Opinia Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lubinie:***

Pozytywnie: na okres ………… miesięcy, dla ................ osób.

Negatywnie:

Uzasadnienie: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 / data i podpis/