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 refundację kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenie społeczne należne   
od pracodawcy za skierowanych do pracy bezrobotnych do 30 roku życia,   
którzy podejmują zatrudnienie po raz pierwszy w życiu**

na zasadachokreślonych w art. 60c ustawy z dnia 20 kwietnia 2014r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz.U.2022.690)

**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 …………%

Liczba osób zatrudnionych przez wnioskodawcę na dzień złożenia wniosku …………………

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 organizacji planowanego zatrudnienia :**

Proszę o rozważenie możliwości skierowania do naszego zakładu pracy (podać liczbę) .................. bezrobotnego/ych zarejestrowanego/ych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubinie.

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): …...................................................

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

Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych …....…............................. zł

Osoby bezrobotne zostaną zatrudnione w okresie:

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

Po upływie okresu refundacji przewidujemy dalsze zatrudnienie przez okres ………. miesięcy (min. 6 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy).

**Oświadczenie i deklaracje podmiotu wnioskującego o refundację kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych do pracy bezrobotnych   
do 30 roku życia :**

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 toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek  o likwidację,
3. nie zalegam z opłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz FGŚP,
4. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),
5. nie posiadam żadnych nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,
7. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6.06.1997r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 ze zm.);
8. nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzje o obowiązku zwrotu
9. w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających złożenie wniosku (proszę zaznaczyć właściwe):

□ nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis.

□ nie otrzymałem innej pomocy ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków UE, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą,

□ otrzymałem inną pomoc, o której mowa wyżej (wówczas należy wypełnić Formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie)

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

/czytelny podpis wnioskodawcy/

**Obowiązujące załączniki:**

1. oświadczenie o braku zobowiązań z tytułu podatków,
2. oświadczenie o nie zaleganiu w odprowadzaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i FGŚP,
3. Formularz informacji o otrzymanej pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających   
   się o pomoc de minimis (Dz. U z 2010r , Nr 53, poz. 311).

**WAŻNE:**

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

\*niepotrzebne skreślić;

\*\* dotyczy tylko podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej

**Sprawdzono pod względem merytorycznym:**

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

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

/data i podpis pracownika merytorycznego/

**Opinia pracownika urzędu dot. dotychczasowej współpracy wnioskodawcy z PUP** ………

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

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

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

(data i podpis doradcy klienta)

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

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

Negatywnie:

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

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

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

/ data i podpis/