Mrągowo, dnia ……………………………………

……………………………………………………

Pieczątka wnioskodawcy

**WNIOSEK**

W SPRAWIE REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA I SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNEGO   
DO 30 ROKU ŻYCIA, KTÓREMU PRZYZNANO **BON ZATRUDNIENIOWY**

Zgodnie z art. 66m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

( Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm).

***/wniosek należy wypełnić czytelnie (można go pobrać ze strony internetowej Urzędu -dokumenty do pobrania/***

1. **DANE DOTYCZACE BEZROBOTNEGO**

Bon zatrudnieniowy nr …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

wydany Panu/Pani ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data realizacji bonu od ………………………………………………………………… do …………………………………………………………………………

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

**Wnioskującym jest:**

* Pracodawca nieprowadzący działalności gospodarczej, który nie jest beneficjentem pomocy publicznej **w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu   
   w sprawach dotyczących pomocy publicznej ;**
* Pracodawca prowadzący działalność gospodarczą - beneficjent pomocy publicznej   
   **w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ;**

1. **Nazwa i adres siedziby Pracodawcy** ……………………………………………………………………………………………………………

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

**Miejsce prowadzenia działalności** ………………………………………………………………………………………………………………

tel. tel. kom. fax

**2.** NIP **---**, REGON , PKD

nazwa banku i numer konta ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

nr **------**

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

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

**4.** **Rodzaj prowadzonej działalności** …………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………data rozpoczęcia **--**

**5.**

|  |
| --- |
| Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy zgodnie z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS:   * **imię i nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………………. * **nazwa stanowiska służbowego** …………………………………………………………………………………………………… * **miejsce zamieszkania** ………………………………………………………………………………………………………………….. * **telefon kontaktowy** ……………………………………………………………………………………………………………………… * **numer dowodu osobistego**…………………………………………………………………………………………………………... * **PESEL** …………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| W przypadku wyznaczenia przez podmiot osoby odpowiedzialnej za kontakty, prosimy o podanie jej danych:   * **imię i nazwisko** ……………………………………………………………………………………………………………………………. * **nazwa stanowiska służbowego** …………………………………………………………………………………………………… * **telefon kontaktowy** ……………………………………………………………………………………………………………………… |

**6. Stan zatrudnienia w przedsiębiorstwie na dzień złożenia wniosku** - liczba osób zatrudnionych przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę   
 *(należy podać liczbę osób):* ………………………………………………

**III DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO:**

**7. Miejsce świadczenia pracy** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**8. Stanowisko** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**9. Rodzaj wykonywanej pracy** ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**10. Zmianowość /ilość zmian, godziny pracy/**………………………………………………………………………………………………………….

**11.** **Oferujemy wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości** ……………………………………………………………………………..

**12. Data planowanego zatrudnienia** …………………………………………………………………………………………………………………………

**Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej, której przyznano bon zatrudnieniowy Pana/Pani ………………………………………………………………………………………. w pełnym wymiarze czasu pracy.**

**Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy Pana/Pani ………………………………………………………………………………………………………………… przez okres 18 miesięcy.**

…………………………………………………………………

czytelny podpis pracodawcy

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania wniosku.**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

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

data czytelny podpis pracodawcy

**Załączniki:**

1. Dokument potwierdzający istnienie firmy /wyciąg z rejestru sądowego (KRS), wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub inne/;
2. Oświadczenia pracodawcy – Załącznik Nr 1.

**UWAGA :**

Jeżeli Podmiot, nie prowadzi działalności gospodarczej i nie podlega przepisom, dotyczącym pomocy publicznej dodatkowo składa:

* Oświadczenie o niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - Załącznik Nr 1.

Jeżeli Podmiot, prowadzi działalność gospodarczą tj. Beneficjent pomocy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - dodatkowo dołącza do wniosku:

* Oświadczenie – Załącznik Nr 2 ;
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu   
  o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniające rozporządzenie   
  w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc   
  de minimis– Załącznik Nr 3.

Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.

Wszystkie załączone kserokopie dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.

***Pracodawca nie może zatrudnić osoby bezrobotnej przed zawarciem umowy  
z Urzędem !!!***

Załączniki nr 1

**Oświadczam, że:**

* posiadam zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych; TAK NIE\*
* posiadam zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; TAK NIE\*
* zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; TAK NIE\*
* zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych; TAK NIE\*
* posiadam nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne; TAK NIE\*
* toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i został zgłoszony wniosek o likwidację; TAK NIE\*
* w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku zostałem(am) ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jestem objęty(a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. TAK NIE\*
* otrzymałem(am) decyzję Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem; TAK NIE\*
* zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
* zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;
* zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o ewentualności przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy;
* zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis, o której mowa powyżej;
* jestem świadom(a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

…………………………………………………………………

czytelny podpis pracodawcy

**\* -** właściwe zaznaczyć znakiem **X**

Wypełnia wyłącznie Podmiot, który nie podlega przepisom, dotyczącym pomocy publicznej.

Załącznik Nr 2

OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**(nazwa pracodawcy)**

nie jest beneficjentem\* pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.   
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej .

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

...........................dnia...........................

miejscowość ............................................................................ ( czytelny podpis wnioskodawcy lub

pieczątka imienna z parafką )

**\*** Beneficjent pomocy publicznej **– podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania , który ubiega sie o pomoc publiczną -ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej .**

Działalnością gospodarczą jest zarówno działalność produkcyjna, dystrybucyjna jak i usługowa **nawet jeżeli** nie jest ona nastawiona na osiąganie zysku **(ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej .**

Załącznik Nr 2

…............………………………………

/pieczęć firmowa pracodawcy

lub nazwa zakładu pracy/

**Oświadczenie o pomocy de minimis**

Oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat \*  :

* nie uzyskałem/am pomocy de minimis
* uzyskałem/am pomoc de minimis w wysokości ( wartość w euro ) : ......................

\* niepotrzebne skreślić

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o możliwości przekroczenia granic dopuszczalności pomocy.

**Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.**

………………………………………………………………

( czytelny podpis wnioskodawcy lub

pieczątka imienna z parafką )

…………………………………, dnia ……………………………

miejscowość