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

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

 Pieczęć firmowa Pracodawcy

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Suchej Beskidzkiej**

**W N I O S E K**

**O ORGANIZACJĘ PRAC W RAMACH REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW ZUS**

zgodnie z art. 47 ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.) .

**A. Dane Dotyczące Wnioskodawcy**

1. Nazwa pracodawcy…………………………………………………………………………...

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

3. Adres miejsca prowadzenia działalności…………………………………………………….

4. NIP...........................................................................................................................................

5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności ………………………………………………...............................................................................

6. PKD (przeważające)………………….....................................................................................

7. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ……………………….

8. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy: ……………………………………………..

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

 (imię i nazwisko, stanowisko/funkcja)

9.Nr rachunku bankowego……………………………………………………………………

**B. Dane Dotyczące MIEJSCA PRACY W RAMACH WNIOSKOWANEJ UMOWY:**

1. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie…………………bezrobotnego/ych w ramach umowy o refundację części kosztów ZUS.

**2.** **Osoba/y bezrobotna/e zostanie/ą zatrudniona/e na podstawie umowy o pracę w okresie:**

**od…………………………………..do……………………………………**

3. Miejsce i rodzaj prac (nazwa stanowiska), które mają być wykonywane przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

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

4. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi:

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

5. Stan zatrudnienia przez Pracodawcę (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) **za okres ostatnich 6 miesięcy :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | MIESIĄC | ROK | STAN ZATRUDNIENIA (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu  pracy) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę:

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

W załączeniu:

1. Uwierzytelniona kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
3. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza Dz. U. 2014 poz.1543) lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. 2010 nr 121, poz. 810) –wzór formularza znajduje się na stronie www.uokik.gov.pl.

**UWAGA!**

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

- rozporządzenie 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) lub

- rozporządzenie 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) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań**

**oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**(Art. 233 § 1 k.k.).**

…………………………………………….

( podpis i pieczęć firmowa Pracodawcy) Sucha Beskidzka, dn.................................

**OŚWIADCZENIE**

1. Pracodawca **zalega / nie zalega**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
2. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał** \* pomoc publiczną, która **kumuluje się** / **nie kumuluje się**\*z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. **Nie otrzymałem / otrzymałem\*** pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie/ wrybołówstwie w wysokości ………………………………………………… w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.

**W przypadku uzyskania pomocy de minimis w wyżej wymienionym okresie należy dołączyć kserokopię zaświadczeń o uzyskanej pomocy de minimis.**

1. Pracodawca **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).
2. Pracodawca **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

**Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 k.k. prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

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

 (Miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej)

\* Niepotrzebne skreślić