Powiatowy Urząd Pracy w Lubartowie
Centrum Aktywizacji Zawodowej
ul. Słowackiego 8, 21-100 Lubartów
tel. (81) 855-20-02, fax. 852-65-10
NIP 714-17-16-833 Regon 431199746
puplubartow.pl, e-mail: caz@puplubartow.pl

Lubartów, dnia _____

POWIATOWY URZĄD PRACY
W LUBARTOWIE

WNIOSEK
o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne za zatrudnione osoby do 30 roku życia

Podstawa prawna:
- art. 150 f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 poz.1065 z późn. zm.).
- ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U z 2007 r. Nr 59 poz. 404 z późn.zm.)

I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/ PRZEDSIĘBIORCY:

1. Nazwa pracodawcy/ przedsiębiorcy .....
   Adres siedziby .....
   Telefon .....
   Adres e–mail .....
   Miejsce prowadzenia działalności .....
   .....
2. NIP ....., REGON....., PKD .....
3. Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby, z którą należy się kontaktować w sprawie realizacji wniosku. .....
4. Nazwa banku i numer konta .....
   .....
5. Rodzaj prowadzonej działalności .....
   ..... data rozpoczęcia .....
6. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe ..... %
7. Termin dokonywania wypłat wynagrodzeń pracownikom……

8. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu składania wniosku……

9. Liczba pracowników zwolnionych z przyczyn dotyczących zakładu pracy[1] w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku…….

10. **Forma prawna prowadzonej działalności (zaznaczyć X)**

Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (także wspólnik spółki cywilnej)	
Spółka jawna	
Spółdzielnia	
Przedsiębiorstwo państwowe	
Jednoosobowa spółkaz o.o. Skarbu Państwa	
Spółka z o.o. w której jednostka samorządu terytorialnego posiada 100% udziałów	
Spółka z o.o. w stosunku do której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa lub komunalna jednostka organizacyjna są podmiotami dominującymi	
Inna spółka z o.o.	
Jednoosobowa spółka akcyjna Skarbu Państwa	
Spółka akcyjna w której jednostka samorządu terytorialnego posiada 100% udziałów	
Spółka akcyjna w stosunku do której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa lub komunalna jednostka organizacyjna są podmiotami dominującymi	
Inna spółka akcyjna	
Inna forma prawna (podać jaka?)	

[1] Starosta nie może zawrzeć umowy o refundację z pracodawcą/przedsiębiorcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy – oznacza to:

a) Rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,
b) Rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,
c) Wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,
d) Rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 § 1^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika

II. DANE DOTYCZĄCE OSÓB BEZROBOTNYCH PLANOWANYCH DO ZATRUDNIENIA:

1.Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach refundacji……..…… - na okres **12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy.**

2. Proponowany okres zatrudnienia po okresie refundacji **(minimum 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy)**……

3. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia .....

4. Proponowana wysokość wynagrodzenia.....

5. Charakterystyka oferowanego stanowiska pracy:

Nazwa stanowiska (zgodnie z rozporządzeniem w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy (Dz. U. z 2016r. poz. 1876).	
Poziom wykształcenia	
Umiejętności	
Uprawnienia	
Doświadczenie zawodowe	
Znajomość języków obcych z określeniem poziomu ich znajomości	
Miejsce wykonywania pracy	

III. Pracodawca/Przedsiębiorca oświadcza, że:

1. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem niniejszego wniosku **nie zmniejszyłem/ zmniejszyłem*** zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
2. W dniu złożenia wniosku:
   a) **nie zalegam/zalegam*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom.
   b) **nie zalegam/zalegam*** z zapłatą należnych składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.
   c) **nie zalegam/zalegam*** z zapłatą należnych składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
   d) **nie zalegam/zalegam** z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych w Urzędzie Skarbowym.
3. **Nie jestem/ jestem*** przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów swobodzie działalności gospodarczej.

4. W ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat **nie otrzymałem pomocy de minimis/ otrzymałem pomoc de minimis***
5. **Nie otrzymałem pomocy publicznej/otrzymałem pomoc publiczną*** w wysokości …….euro z przeznaczeniem na …… w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*** niepotrzebne skreślić**

IV. Do wniosku załączam:

1. Informacje, zaświadczenia lub oświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis w roku bieżącym i dwóch poprzedzających go latach.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Kserokopia dokumentu potwierdzająca numer konta bankowego.
4. W przypadku gdy wniosek składa spółka cywilna - umowa spółki cywilnej.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…… (data)

…… (podpis i pieczęć pracodawcy/ przedsiębiorcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych, tj. zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie, usuwanie i ich pozyskiwanie w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Lubartowie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych;

…… (data)

…… (podpis i pieczęć pracodawcy/ przedsiębiorcy)