…………………………. ………………….…………….

*/pieczęć firmowa pracodawcy/ /data wpływu wniosku do PUP/*

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Kazimierzy Wielkiej**

**ul. Partyzantów 29**

**28-500 Kazimierza Wielka**

WNIOSEK Pracodawcy**[[1]](#footnote-1)**

o zawarcie umowy cywilnoprawnej o refundację kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy za skierowanych do pracy bezrobotnych do 30 roku życia, którzy podejmują zatrudnienie po raz pierwszy w życiu

na mocy art. 60c ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(tekst jednolity - Dz. U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.)

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa firmy: …………………………………..…………………………………………….

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

1. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………………
2. Miejsce prowadzonej działalności: ……………………………………………………………….
3. Telefon: ……………………………………………………………………………………………
4. Osoba upoważnionej do kontaktu z urzędem:

Nazwisko i imię ……………………………………Stanowisko służbowe …………………… telefon …............................ NIP……………………………REGON ……………………………

1. Nazwa banku i numer konta: ……………………………………………………………….……...
2. Forma organizacyjno-prawna: …………………………….………………………………….……
3. Rodzaj działalności (opis): .…………………………………………………………………………

data rozpoczęcia działalności ……………………… PKD…………………...…………………..

1. Nazwiska i imiona oraz zajmowane stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

……………………………………. …………………………………………

/nazwisko i imię/ /stanowisko/

……………………………………. …………………………………………

/nazwisko i imię/ /stanowisko/

1. Pracodawca zalicza się do kategorii:

* mikroprzedsiębiorstw

mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln euro;

* małych przedsiębiorstw

małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln euro;

* średnich przedsiębiorstw

średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln euro;

* pozostałych

nie mieszczących się w kategoriach wymienionych powyżej.

1. Stopa ubezpieczenia wypadkowego: ……………………………. .%
2. Forma opodatkowania ……………………………………………..,

stawka podatkowa …………………………………………………….%

**II. INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA**

1. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)   
   na podstawie:

- umowy o pracę na czas nieokreślony: .............................

- umowy o pracę na czas określony: .............................

1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| m-c/rok |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH MIEJSC PRACY**

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia:…………….……………………..
2. Nazwa stanowiska/zawód:…………………………………...…..……….………………………
3. Miejsce wykonywania pracy ..……………………………………….……………………………
4. Rodzaj wykonywanej pracy ………………………………………………………………………..

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

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi odnośnie kierowanych bezrobotnych: ………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Proponowany okres zatrudnienia od…………………………………………………………………
2. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanego(ych) bezrobotnego(ych):

kwota brutto ………………………… zł/miesiąc.

1. Termin dokonywania płatności wynagrodzenia pracownikowi:…….……………………………..
2. Godziny pracy, zmianowość :………………………………..…………………………………..

**IV. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Oświadczam, że:**

Zalegam/nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom   
oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

**………………………… ……………………………………………….**

*pieczęć firmowa Pracodawcy data, podpis i pieczęć imienna Pracodawcy*

*lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli*

**V. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed dniem złożeniA wniosku**[[2]](#footnote-2):

* *nie otrzymałem(am) pomocy de minimis*
* *otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości ……………………… euro i dołączam kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku*.

**W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną należy również uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis   
w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro**  **netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** | | | |  |  |

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

*data, podpis i pieczęć imienna Pracodawcy*

*lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli*

**Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 K.K. (** „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat”) **oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

*data, podpis i pieczęć imienna Pracodawcy*

*lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli*

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis – Dz. U. Nr 53, poz. 311.**
2. **W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność).**

1. oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-2)