…………………………….

*( pieczęć Pracodawcy)*

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Strzelcach Kraj.**

**WNIOSEK**

**O ZORGANIZOWANIE ZATRUDNIENIA W RAMACH BONU ZATRUDNIENIOWEGO**

Na zasadach określonych w:

1. art. 66 m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.),
2. Rozporządzeniu 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. 2013, str. 1)
3. Rozporządzeniu 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, str. 9 )
4. Rozporządzeniu Komisji ( UE) Nr 717/204 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimi w ektorze rybołówstwa i akwakultury ( Dz. Urz. UE L190 z 27.06.2014, str 45)

**wnioskuję o zorganizowanie zatrudnienia w ramach bonu zatrudnieniowego w pełnym wymiarze czasu pracy dla bezrobotnego do 30 roku życia zarejestrowanego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzelcach Kraj.**

**Wniosek dotyczy\*) :**

□ Pracodawcy będącego beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej( Dz. U. z 2007 r. Nr 59,poz.404, z późń. zm.)

□ Pracodawcy niebędącego beneficjentem pomocy publicznej

**\*) wypełnić po zapoznaniu się z definicją beneficjenta pomocy zawartą w załączniku nr 1 do wniosku**

**A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

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

……………………………………………………………………………………………..

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

3.Miejse prowadzenia działalności…………………………………………………………….

4. Nr telefonu…………………….. Fax………………………………………………………

5. NIP………………………………………… REGON…………………………………….

6. Forma organizacyjno- prawna prowadzonej działalności………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

7. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD:…………………..

8. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej……………………………………………… 9.Stopa ubezpieczenia wypadkowego………………%

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego………………………………………………

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

11. Imię i nazwisko osoby/ osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy ( zgodnie z dokumentem rejestracyjnym lub załączonym pełnomocnictwem):………………………….

……………………………………………………………………………………………….

12.Liczba zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku (na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego ,umowy o pracę nakładczą) …………………..

13. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6- miesięcy:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc/rok |  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników |  |  |  |  |  |  |

**B. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO MIEJSCA ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH**

1. Imię i nazwisko osoby/ osób proponowanych do zatrudnienia w ramach bonu zatrudnieniowego:

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

2.Miejsce zatrudnienia bezrobotnego/ bezrobotnych ……………………………………..

………………………………………………………………………………………………

3. Rodzaj prac , które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych………..

……………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

4. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje, które powinni posiadać kierowani bezrobotni do zatrudnienia………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………. 5.Wnioskowany okres refundacji części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne oraz wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Ilość miejsc  pracy | Okres  refundacji  **od ….do….¹)** | Wysokość proponowanego  wynagrodzenia brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¹) refundacja dokonywana będzie przez okres 12 miesięcy w wysokości zasiłku dla bezrobotnych , o którym mowa w art. 72 ust 1 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**

6. Proponowany okres dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po zakończeniu refundacji kosztów **²)**….......................................................................................................

**²) proponowany okres dalszego zatrudnienia powinien wynosić co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu refundacji**

**Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, wiarygodność podanych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem**

……………………………… ……………………………………….

*( miejscowość, data* *) ( pieczęć i podpis Pracodawcy)*

**Uwaga:**

W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny , pracodawcy zostanie wyznaczony co najmniej 7 dniowy termin na jego uzupełnienie.

**Załączniki:**

1. W przypadku pracodawców – spółek prawa handlowego kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy tj. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
2. W przypadku pracodawców działających w formie spółki cywilnej – umowa spółki cywilnej.
3. Statut podmiotu jeżeli odrębne przepisy wymagają działania podmiotu na podstawie niniejszego dokumentu.
4. Uwierzytelnione kserokopie pełnomocnictwa do reprezentowania Pracodawcy oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym.
5. Krajowa oferta pracy.
6. Oświadczenie Wnioskodawcy- **załącznik nr 1**
7. Oświadczenie o pomocy de minimis – **załącznik nr 2** *( wypełnia beneficjent pomocy publicznej***)**
8. Oświadczenie o pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie **– załącznik nr 3** *( wypełnia beneficjent**pomocy publicznej***)**
9. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – (*wypełnia beneficjent pomocy publicznej)*

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Beneficjent pomocy –** należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc.

**Za działalność gospodarczą,** w rozumieniu prawa wspólnotowego, uznaje się oferowanie na rynku towarów bądź świadczenie na nim usług, a przedsiębiorcą jest podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, niezależnie od jego formy prawnej i źródeł jego finansowania. Nie ma znaczenia fakt, czy jest to podmiot nie nastawiony na zysk (non profit organisation). Należy zatem wziąć pod uwagę, czy beneficjent wsparcia prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa wspólnotowego (nawet jeśli w konkretnych warunkach motyw zysku jest wyłączony), i czy może generalnie podlegać normalnym zasadom gry rynkowej, a więc, czy analizowana działalność może być wykonywana przez inny podmiot generując zysk.

**Za przedsiębiorcę** we wspólnotowym prawie konkurencji pojęcie przedsiębiorcy odnosi się do wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, bez względu na formę prawną i sposób finansowania, niezależnie od faktu, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy oraz bez względu na fakt, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy działający na zasadzie non profit. Beneficjentami pomocy publicznej mogą być zatem nie tylko przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004r., lecz również np. zakłady budżetowe, stowarzyszenia, fundacje itp. Pojęcie działalności gospodarczej związane jest z oferowaniem dóbr i usług na rynku.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1**

**Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

* + - 1. **Jestem\* / Nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniach w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.).
      2. **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 Fundusz Emerytur Pomostowych.
      3. **Zalegam\* / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
      4. **Posiadam\* / Nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
      5. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy\*\*.
      6. Oświadczam, że **ciąży\*/ nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy \*\*.
      7. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu 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, str.1) \*\*
      8. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu 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, str.9) \*\*
      9. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz.Urz. UE L 190 z 27.06.2014, str.45)\*\*
      10. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Strzelcach Kraj. jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
      11. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Strzelcach Kraj. dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w art. 66 m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn .zm.) i zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm )

***\* niepotrzebne skreślić***

***\*\* pkt 5,6,7,8,9,10,11 dotyczą beneficjentów pomocy w rozumieniu ustawy 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.)***

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

*(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako Wnioskodawca oświadczam że:

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

(nazwa pracodawcy)

**otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat przed złożeniem wniosku o …………………………………………………

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

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | **Łącznie:** |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

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

*(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓSTWIE**

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako Wnioskodawca oświadczam że:

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

(nazwa pracodawcy)

**otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat przed złożeniem wniosku o ………………………………………………….

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

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | **Łącznie:** |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

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

*(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*