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

*(pieczątka organizatora)*

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Augustowie**

**ul. Mickiewicza 2**

## W N I O S E K Nr..................... /2017r *(nie wypełniać)*

**o refundację przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

na zasadach określonych w art. 150 f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017, poz. 1065 z późn. zm.)

1. Dane dotyczące pracodawcy lub przedsiębiorcy:
   1. nazwa i adres siedziby (z podaniem telefonu, faksu, e-maila)

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

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

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

* 1. osoba do kontaktu

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

* 1. imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania przy podpisywaniu umowy

…………………………………………………………………………………………….

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

* 1. forma prawna

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

* 1. rodzaj działalności ……………………………………………………………………….

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

* 1. data rozpoczęcia prowadzenia działalności ……………………………………………..
  2. NIP ……………….…….. REGON ……………………. PKD 2007 ……...…………...

1. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku:

a)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba osób zatrudnionych ⃰** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba etatów ⃰** |  |  |  |  |  |  |

\* Nie wlicza się stażystów, pracowników młodocianych, zatrudnionych na umowę zlecenie, umowy o dzieło, osób przebywających na urlopach wychowawczych, macierzyńskich i bezpłatnych.

b) w przypadku zmniejszania wymiaru czasu pracy pracownika i spadku zatrudnienia w ostatnich 6 miesiącach proszę podać liczbę osób, datę oraz przyczyny wygaśnięcia stosunku pracy z pracownikami (***art. Kodeksu Pracy***) oraz dołączyć do wniosku (w celu weryfikacji) uwierzytelnioną kopię świadectw pracy:

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

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

…………………………………………………………………………………………….

1. Liczba osób proponowanych do zatrudnienia: ………... w okresie od ................... do ......................
2. Wysokość opłacanej składki na ubezpieczenie wypadkowe: …………………………%.
3. Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia brutto: ………………………...
4. Wymagania dotyczące bezrobotnych:
5. nazwa stanowiska na jakie ma być zatrudniona osoba:

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

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

1. wymagane kwalifikacje:

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

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

1. poziom wykształcenia:

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

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

1. Godziny pracy:

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

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

1. Czy praca będzie wykonywana :

* w niedziele i święta - TAK/NIE\*
* w porze nocnej - TAK/NIE\*
* w systemie pracy zmianowej - TAK/NIE\*
* szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia - TAK/NIE**\***.

1. Miejsce pracy : ......................................................................................................................

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

1. Dodatkowe wymagania: ……………………………………………………………………….

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

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

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

1. Lista ewentualnych kandydatów do odbywania pracy*.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | PESEL | Stanowisko | Adres zamieszkania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZAM, ŻE**

* + - 1. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe oraz likwidacyjne nie został zgłoszony wniosek o likwidacje lub upadłość.
      2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
      3. Nie jestem / jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 02 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2013r. poz. 672 z późn. zm.),
      4. Jestem /nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004r. (Dz. U. z 2007r., Nr 59 poz. 404 z późn. zm.).
      5. Wniosek ma/nie ma\* związku z pomocą publiczną.
      6. Wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
      7. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.

\* właściwe podkreślić

***Powyższe oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 §1 Kodeksu Karnego, który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.***

………………………………...……….. …………………………………………

miejscowość, data (podpis i pieczątka wnioskodawcy)

Załączniki:

* Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis udzieloną na warunkach określonych w rozporządzeniu KE (UE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przy ubieganiu się o pomoc de minimis udzieloną na warunkach określonych w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
* Zaświadczenia o pomocy de minimis jakie podmiot otrzymał w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenie o nie otrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.

***Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepełnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający kompletu załączników nie będzie rozpatrywany.***

**DECYZJA**

**DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W AUGUSTOWIE**

Wniosek rozpatrzono pozytywnie/negatywnie łącznie dla …………. osoby/osób w wysokości...................................................................................................... miesięcznie.

…………………………………………..

Dyrektor PUP

(pieczątka i podpis)

\*) - niepotrzebne skreślić