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

 /pieczęć firmowa pracodawcy/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Międzychodzie**

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

 /data wpływu wniosku do urzędu/

## WNIOSEK

 **o zorganizowanie zatrudnienia dla 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 ( tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 645 ze zm. ), ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 ze. zm.), rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy *de minimis*
w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9).

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa pracodawcy: .....................................................................................................

2. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności:………………………………………………... ……………………………………………………………………………………...............................

3. Nr telefonu: ........................................................., e-mail: ……………………………………...

4. Osoba uprawniona do podpisania umowy: ………………………………………………..

5. REGON ...................................... NIP .............................................. KRS .........................

6. Data rozpoczęcia działalności: ..............................................................................................

7. Rodzaj prowadzonej działalności: .........................................................................................

 (symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD)

8. Forma organizacyjno-prawna: ..............................................................................................

9. Forma opodatkowania: ..........................................................................................................

 */pełna księgowość, księga przychodów i rozchodów, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, karta podatkowa, itp./*

10. Stawka opodatkowania % : .................................................................................................

11. **Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:** ..................................

12. Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………..…

13. Pracodawca zalicza się do kategorii:

🞏 **mikroprzedsiębiorstwo**

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.

14. Informacja o stanie zatrudnienie w dniu składania wniosku oraz **w okresie ostatnich
 6 miesięcy** przed złożeniem wniosku (umowy o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar
 czasu pracy):

* **W dniu składania wniosku: ……… osób.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| w miesiącu ……….… 201..r. (I) | w miesiącu …….… 201..r. (II) | w miesiącu …….… 201..r. (III) | w miesiącu …….… 201..r. (IV) | w miesiącu …….… 201..r. (V) | w miesiącu …….… 201..r. (VI) |
|  osób |  osób |  osób |  osób |  osób |  osób |

* **W przypadku rozwiązania stosunku pracy z pracownikami w okresie ostatnich
6 miesięcy należy wypełnić poniższą tabelę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data rozwiązania****umowy** | **Liczba osób** | **Sposób rozwiązania umowy**(np. wypowiedzenie dokonane przez pracodawcę, porozumienie stron z przyczyn niedotyczących pracowników itd.) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

**1.** Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: ………………………………………..

**2.** Nazwa zawodu: …………………………………………………………………………………..…

*/nazwa zawodu i specjalności winna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności, rozporządzenie MPiPS z dnia 07.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania /Dz. U. poz. 1145 z 2014 r./*

**3.** Pożądane kwalifikacje zawodowe i inne wymogi bezrobotnego:

* wykształcenie …………………………………………………………………………………
* uprawnienie ……………………………………………………………………………………
* umiejętność ……………………………………………………………………………………
* inne …………………………………………………………………………………………….

**4.** Miejsce/miejsca świadczenia pracy (adres/adresy): …………………………………………………………………………………………………………....

**5.** Zmianowość oraz godziny pracy: …………………………………………………………………

**6.** Rodzaj wykonywanej pracy: ……………………………………………………….…………...….

**7.** Wymiar czasu pracy: .............................................................................................................

**8.** Planowany 24 miesięczny okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych: od dnia........................................................ do dnia ………………............................................

**9.** Proponowane wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości: …….……….……….....……. **10.** Wnioskowana wysokość refundowanych miesięcznie wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych: ……………………………..………………………………………..…

**WNIOSKODAWCA OŚWIADCZA, ŻE:**

*( właściwe zaznaczyć )*

* **🞏 rozwiązał 🞏 nie rozwiązał**

stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku

* **🞏 zmniejszał 🞏 nie zmniejszał**

wymiar/u czasu pracy pracownikowi/pracownikom w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* **🞏 nie zmniejszy wymiaru czasu pracy pracownika, nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia lub na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników – w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji**
* **🞏 zalega 🞏 nie zalega**

 **w** dniuzłożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych

 składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

* **🞏 zalega 🞏 nie zalega**

 w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych (np. podatki, opłaty

 lokalne),

* **🞏 posiada 🞏 nie posiada**

 w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

* **🞏 był 🞏 nie był**

karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. 2016 r., poz.1137 ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. 2016 r. poz. 1541 ze zm.),

* **🞏 został 🞏 nie został** ukarany lub skazanyprawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku,
* **🞏 jest 🞏 nie jest** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
* **🞏 zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzyma pomoc publiczną.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach Wnioskodawca potwierdza własnoręcznym podpisem. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233, §1 KK „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 lat 3”**

………………………… ……………………………………………

 /data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

 **Załącznik Nr 1**

**OŚwiadczenie**

**o otrzymanej pomocy *de minimis***

## *(dotyczy beneficjenta pomocy publicznej)*

**Świadomy odpowiedzialności karnej** wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnegoprzewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam**, że w okresie roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych przed dniem wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy:

❒ otrzymałem ❒ nie otrzymałem pomoc/pomocy *de minimis,* ❒ w tym pomoc/pomocy *de minimis* w rolnictwie i rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość pomocy *de minimis*:** |  |

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

(data, podpis i pieczątka imienna pracodawcy)

**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. z 2010 Nr 53, poz. 311 ze zm.
2. **W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć stosowne zaświadczenia
o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność)**, o których mowa
w art. 37 ust. 1, 2 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 ze zm.)
3. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika
to bezpośrednio z dokumentów /np. KRS