|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Strona główna - Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu | | | **Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu** | | | Nr wniosku: |
| **WNIOSEK**  **o zawarcie umowy o refundację części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem bezrobotnego do 30 roku życia w ramach przyznanego bonu zatrudnieniowego w 2023 roku** | | | | | | Data wpływu do Urzędu |
| **DANE PRACODAWCY** | | | | | | |
| Pełna nazwa Pracodawcy: | | | | | | |
| Adres siedziby Pracodawcy: | | | | | | |
| Miejsce prowadzenia działalności: | | | | | | |
| NIP: | | REGON: | | PKD: | | |
| Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: | | | | | | |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: | | | | |  | |
| Data rozpoczęcia działalności: | | | | |  | |
| Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku (umowy o pracę) | | | | |  | |
| **Osoba upoważniona do kontaktu z PUP** | | | | | | |
| Imię i Nazwisko: |  | | | | | |
| Telefon: |  | | | | | |
| e-mail: |  | | | | | |
| **Osoba upoważniona do podpisywania umów** | | | | | | |
| Imię i Nazwisko: |  | | | | | |
| Stanowisko służbowe: |  | | | | | |
| **DANE KANDYDATA DO PRACY** | | | | | | |
| Imię i Nazwisko: |  | | | | | |
| Data urodzenia: |  | | | | | |
| Adres zamieszkania: |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA** | | |
| Nazwa stanowiska pracy wg klasyfikacji zawodów i specjalności: |  | |
| Kod zawodu: |  | |
| Rodzaj prac jakie będą wykonywane: | | |
| Miejsce wykonywania pracy skierowanej osoby: | | |
| Tryb pracy: | 🞎 jedna zmiana  🞎 dwie zmiany  🞎 trzy zmiany | 🞎 ruch ciągły  🞎 nie dotyczy  🞎 inne |
| Wymiar czasu pracy: |  | |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto): |  | |
| Wypłata wynagrodzeń u Pracodawcy następuje:  🞎 do 30-go danego miesiąca  🞎 do 10-go następnego miesiąca | | |
| **Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i dołączonych załącznikach są zgodne z prawdą.** | | |
| Podpis Pracodawcy | | |

Załączniki:

1. Oświadczenie Pracodawcy (załącznik nr1).
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub w rybołówstwie, pomoc de minimis lub de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy udzielone przez uprawnione osoby.
5. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.

|  |
| --- |
| **SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU** wypełnia PUP |
| 🞎 akceptuję do realizacji  🞎 opiniuję negatywnie |
| Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

1. **Jestem/nie jestem\*** beneficjentempomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (beneficjent pomocy to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania).
2. **Nie otrzymałem/otrzymałem\*** pomocy de minimisna podstawie rozporządzenia 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.
3. **Nie zalegam** na dzień złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
4. **Nie zalegam** na dzień złożenia niniejszego wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
5. **Nie zalegam** na dzień złożenia niniejszego wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. **Nie toczy się** w stosunku do Pracodawcy postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne.
7. **Nie został** złożony oraz nie przewiduje się złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego Pracodawcy.
8. Stan ekonomiczny Pracodawcy **nie uzasadnia** złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego Pracodawcy (firmy).
9. **Nie ciąży** na przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
10. **Nie byłem karany** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

**\*** niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| Data i podpis Pracodawcy |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Wnioskodawcy**  **o braku podstaw wykluczenia z otrzymania wsparcia ze środków publicznych unijnych i krajowych, wynikającego z nałożenia sankcji na podmioty i osoby, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne** |

Oznaczenie Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| Jako Wnioskodawca wsparcia: **bon zatrudnieniowy**  oświadczam/oświadczamy, iż nie jestem/nie jesteśmy związany/związani z osobami lub podmiotami, względem których nałożono sankcje wynikające ze wsparcia agresji na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz sam/ sami nie znajdujemy się na takich listach. |

|  |  |
| --- | --- |
| Data i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej |  |