|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 2024 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 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 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 toczy się** w stosunku do Pracodawcy postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne.
6. **Nie został** złożony oraz nie przewiduje się złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego Pracodawcy.
7. Stan ekonomiczny Pracodawcy **nie uzasadnia** złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego Pracodawcy (firmy).
8. **Nie ciąży** na przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
9. **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  |  |