…………………………

*miejscowość, data*

**Wniosek o przyznanie bonu zatrudnieniowego**

**osobie bezrobotnej do 30 roku życia**

*/obowiązujący od 2019r./*

*na podstawie art. 66 m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy   
(tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm. i 1149):* ***wnioskuję o przyznanie bonu zatrudnieniowego*** *w celu ubiegania się o zatrudnienie u pracodawcy na okres 18 miesięcy****.***

1. **DANE WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwisko i imię

4. Adres zamieszkania

3. PESEL

5. Telefon kontaktowy

6. E-mail …………………………………………………………………………………………………

………………………………………………

*data i czytelny podpis osoby bezrobotnej*

**POUCZENIE DOTYCZĄCE ZASAD REALIZACJI BONU ZATRUDNIENIOWRGO**

Bon zatrudnieniowy **może być przyznany** na wniosek bezrobotnego do 30 roku życia i **stanowi dla pracodawcy gwarancję refundacji części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne** w związku   
z zatrudnieniem bezrobotnego, któremu Powiatowy Urząd Pracy przyznał ten bon.

Przyznanie i realizacja bonu zatrudnieniowego następuje na podstawie indywidualnego planu działania (IPD).

Bezrobotny, który otrzymał bon zatrudnieniowy **w terminie określonym w bonie** podejmuje próbę znalezienia pracodawcy, który zatrudni go na okres 18 miesięcy na zasadach określonych dla tego bonu;

**Realizacja bonu zatrudnieniowego i skierowanie osoby bezrobotnej do pracy następuje na podstawie umowy zawieranej przez Powiatowy Urząd Pracy z pracodawcą, w oparciu o złożony przez pracodawcę „ Wniosek   
o zatrudnienie bezrobotnego do 30 roku życia w ramach bonu zatrudnieniowego”.**

**Na podstawie zawartej umowy:**

* Pracodawca jest zobowiązany do zatrudniania skierowanego bezrobotnego przez okres **18 miesięcy**.
* PUP refunduje pracodawcy część kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne, przez okres **12miesięcy**, w wysokości 100% zasiłku dla bezrobotnych **miesięcznie**).
* Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres **6 miesięcy**

po zakończeniu okresu refundacji**.**

**W przypadku niewywiązania się pracodawcy z obowiązku zatrudniania bezrobotnego przez okres 18 miesięcy pracodawca zwraca:**

1) kwotę otrzymanej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, jeżeli niespełnienie obowiązku nastąpiło w okresie do 12 miesięcy od dnia zatrudnienia bezrobotnego **lub**

2) kwotę ustaloną proporcjonalnie do okresu nieutrzymania zatrudnienia wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, jeżeli niespełnienie obowiązku nastąpiło w okresie 6 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (bez wypowiedzenia z winy pracownika) lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego **pracodawca nie zwraca refundacji** otrzymanej za okres zatrudnienia skierowanego bezrobotnego.

Refundacja pracodawcy części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne   
w ramach bonu zatrudnieniowego **stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy**

**de minimis**, pracodawca musi spełniać warunki konieczne do jej otrzymania.

***Podstawa prawna:***

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r., o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
   (tekst jednolity Dz. U. z 2018 roku poz. 1265 z późn. zm. 1149).

**Zapoznałem się z treścią niniejszego pouczenia i jestem świadomy uprawnień i obowiązków jakie wynikają   
z przyznania bonu zatrudnieniowego.**

*………………………….*………

*data i czytelny podpis osoby bezrobotnej*

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

|  |
| --- |
| **Opinia Doradcy Klienta (dot. informacji nt. Indywidualnego Planu Działania, ustalenia profilu pomocy):**  pozytywna □ negatywna □  **Uzasadnienie**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…  Data: …………………….. ….…………………………  *(podpis i pieczęć Doradcy Klienta)* |
| **Opinia pracownika Referatu Realizacji Programów Rynku Pracy:**  pozytywna □ negatywna □  **Uzasadnienie**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…  Data: …………………….. ………….…………………………  *(podpis i pieczęć Pracownika RRPRP)* |
| **Decyzja Dyrektora PUP:**  pozytywna □ negatywna □  Data: ……………………..…. ……...………………………… *(podpis i pieczęć Dyrektora PUP)* |