**W N I O S E K**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW PONIESIONYCH NA SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE NALEŻNE
OD PRACODAWCY ZA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA, KTÓRZY PODEJMUJĄ ZATRUDNIENIE PO RAZ PIERWSZY W ŻYCIU**

*/obowiązujący od 2022r./*

zgodnie z art. 60c ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.).

**WNIOSKOWANA LICZBA BEZROBOTNYCH DO ZATRUDNIENIA W PEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY: …………………………**

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy: …………………………………………………………………………………………………
3. Adres siedziby: …………………………………………………………………………………………………
4. Miejsce prowadzenia działalności: ………………………………………………………………………..…………………………
5. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z urzędem, nr tel., e-mail ……….............................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

1. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności: ……………………………………………
2. Data rozpoczęcia działalności ………………………, REGON, PKD:………………………………………………
3. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom: …………………………………………………….…..
4. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe: .……………………………..…………….
5. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc:\*
6. 🞎 Mikro 🞎 Mały 🞎 Średni 🞎 Inny
7. Nr rachunku bankowego:………………………………………………………………………………………………

\*właściwe zakreślić

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE REFUNDACJI KOSZTÓW SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

1. Nazwa stanowiska pracy ………………………………………………………………………………………………………
2. Rodzaj prac i charakterystyka czynności wykonywanych na stanowiskach pracy

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Wymagane kwalifikacje i umiejętności na stanowisku (w tym poziom i kierunek wykształcenia)

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych: ……..…………zł/m-c .
2. Osoby bezrobotne zostaną zatrudnione w okresie:

 od ………………… do …………...……… w pełnym wymiarze czasu pracy

1. Wnioskowany okres refundacji od ……..........do ................. (proponowany okres podać w miesiącach, nie dłuższy niż 12 miesięcy).
2. Proponowane wynagrodzenie brutto: …..…………………………………………………………………….…………….
3. Wnioskowana wysokość refundacji składek na ubezpieczenia społeczne, należnych od pracodawcy z tytułu zatrudnienia skierowanego/ych bezrobotnego/ych do 30. roku życia ……………………………zł/m-c .
4. Po upływie okresu refundacji przewidujemy dalsze zatrudnienie ....................osoby/ób bezrobotnych do 30 roku życia skierowanych przez PUP (**co najmniej na 6 miesięcy**).
5. Liczba pracowników zatrudnionych u Pracodawcy w ramach umowy o pracę na dzień złożenia wniosku: …………….
6. Stan zatrudnienia w firmie ( w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy) za okres ostatnich 6 miesięcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **MIESIĄC** | **ROK** | **OGÓLNY STAN ZATRUDNIENIA** (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

- rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 str. 1) lub

- rozporządzenie komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352
z 24.12.2013 str. 9) lub

- rozporządzenie komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE
w odniesieniu do pomocy w ramach zasad de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE)
nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007).

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. **Zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia bezrobotnego/ych do 30. roku życia, który podjął zatrudnienie
po raz pierwszy w życiu, skierowanego/ych w ramach refundacji kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy przez okres co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji.**
2. **Nie zalegam/ zalegam[[1]](#footnote-1)** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz
z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskałem/ uzyskałem²** inną pomoc niż pomoc
de minimis (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się/ kumuluje się²** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie;**[[2]](#footnote-2)**
4. **Nie otrzymałem/ otrzymałem²** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie/wrybołówstwie**³** w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych;
5. **Spełniam/ nie spełniam²** warunki 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 (Dz. Urz. UE L 352
z 24.12.2013str. 1 );**³**
6. **Spełniam/ nie spełniam²** warunki rozporządzenia komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasad de mini mis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007);**³**
7. **Spełniam/ nie spełniam²** warunki rozporządzenia (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 str. 9);**³**

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

 *(data) podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
2. Zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, jakie pracodawca/przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – załącznik nr 1.
3. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – załącznik nr 2.
4. **Krajowa oferta pracy –** załącznik nr 3.

*Załącznik nr 1*

. . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . *(pieczęć firmowa Pracodawcy/Przedsiębiorcy) (miejscowość, data)*

# OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC DE MINIMIS

W roku, w którym ubiegam się o pomoc de minimis, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych, otrzymałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wysokości:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Organ udzielający pomocy  | Podstawa prawna jej otrzymania  | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy  | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy  | Forma pomocy  | Wartość pomocy brutto  |
| w PLN  | w EURO  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |

………………………………………………………………

*/podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub innej osoby upoważnionej/*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

 Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8, 32-500 Chrzanów, tel: 32/75 33 800, fax: 32/ 75 33 899, email: krch@praca.gov.pl.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyznaczył inspektora ochrony danych. Inspektorem danych osobowych jest Pani Ewelina Górecka. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: egorecka@chrzanow.praca.gov.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity [Dz.U. 2021r. poz. 1100](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001065) z późn. zm.) w celu refundacji kosztów poniesionych na składki ZUS za skierowanego do pracy bezrobotnego do 30 roku życia.
4. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od zamknięcia sprawy.
6. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
9. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

……………….…….……., dnia................................ ………………………………………………………

 *(podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)*

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. nie dotyczy pracodawcy niebędącym przedsiębiorcą

**3** nie dotyczy pracodawcy niebędącym przedsiębiorcą [↑](#footnote-ref-2)