

.....  
*miejsowość, data*

## **Wniosek o przyznanie bonu zatrudnieniowego**

### **osobie bezrobotnej do 30 roku życia**

*/obowiązujący od 2024r./*

na podstawie art. 66 m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy  
**wniosuję o przyznanie bonu zatrudnieniowego** w celu ubiegania się o zatrudnienie u pracodawcy na okres  
18 miesięcy.

#### **I. 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 ZATRUDNIENIOWEGO

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 **12 miesięcy**, 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.

**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):

pozytywna  negatywna

#### Uzasadnienie.....

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

Data: .....

.....

*(podpis i pieczęć Doradcy Klienta)*

### Opinia CAZ - Referat Realizacji Programów Rynku Pracy:

#### Uzasadnienie:

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

Opinia: pozytywna  negatywna

Data: .....

.....

*(podpis i pieczęć Pracownika RRPRP)*

### Opinia Kierownik CAZ:

pozytywna  negatywna

.....  
.....

Data: .....

.....

*(podpis i pieczęć Kierownika CAZ)*

### Decyzja Dyrektora PUP:

pozytywna  negatywna

Data: .....

.....

*(podpis i pieczęć Dyrektora PUP)*