|  |
| --- |
| **WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW ZATRUDNIENIA**  **PROJEKT PILOTAŻOWY PN. „MAM PRACĘ – LEPSZE JUTRO”** |

**na zasadach projektu pilotażowego o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U.  z 2021 r. poz. 1100, z późn. zm.) wnoszę o skierowanie osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP Braniewo do wykonywania refundacji zatrudnienia.**

Deklaruję zatrudnienie skierowanej osoby bezrobotnej:

* **przez okres 15 miesięcy** w ramach projektu „MAM PRACĘ – LEPSZE JUTRO”

Powiatowy Urząd Pracy w Braniewie dokona refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych przez okres 6 miesięcy w wysokości do 1 400,00 zł**\*** oraz wypłaci premię pracodawcy w wysokości 500,00 zł miesięcznie przez okres 15 miesięcy.

**A. Informacje dotyczące pracodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres siedziby ………………………………………………………………..………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………..……………………………………..
4. REGON ………………………………………… NIP …………………………….…………… PKD ………………………………
5. Telefon ………………………………….fax. …………………………..…, e-mail …………………………………..…………
6. Nr konta …………………………………………………………………………………………………………………….……………
7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ………………………………………………………
8. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ………………………….…… %
9. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy
   1. …………………………………………………………………………………………
   2. …………………………………………………………………………………………

**B. Dane dotyczące planowanego zatrudnienia w ramach refundacji zatrudnienia:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach refundacji zatrudnienia ..……….   
   oraz okres ich zatrudnienia od dnia …………………….…… do dnia ………………………tj. ……..…. miesięcy.
2. Miejsce wykonywania pracy skierowanych bezrobotnych: …………………………………………………….….….
3. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

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

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje:
   1. Umiejętności: ………………………………….………………………………………………………………………………
   2. Uprawnienia: ………………………………………………………………………………………….…………………………
   3. Doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy: …………………………………….……
   4. Znajomość języków obcych (poziom): ……………………………………………………….…………………….…
   5. Wykształcenie ……………………………………………………………………………………………….……………………
2. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (stawka miesięczna):…………………….………………….….zł.
3. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych. ……………………………………zł
4. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom *(właściwe zaznaczyć)*:

**🞎** do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc bieżący;

**🞎**  do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

1. Dodatkowe informacje dotyczące stanowiska pracy:
   1. Nazwa stanowiska:………………………………………………
   2. Nazwa zawodu:……………………………………………………………… Kod zawodu …………………..

*zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (http://braniewo.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci)*

* 1. Ogólny zakres obowiązków: …………………………………………………………………………………………

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

* 1. Wymiar czasu pracy*:* …………………………………………………..
  2. Rodzaj umowy stanowiący podstawę wykonywania pracy: ……………………….…………………….. oraz system wynagradzania: ………………………………….. .
  3. System i rozkład czasu pracy *(właściwe zaznaczyć*): jednozmianowa; dwuzmianowa,   
     inny …………………………… , godziny pracy od …………. do……………
  4. Czy pracodawca zapewnia dojazd do pracy i powrót? *(właściwe zaznaczyć)*: TAK / NIE

*……………………………………………………………………………..*

*(pieczątka i podpis pracodawcy)*

\*refundacja Pracodawcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody związane z zatrudnieniem skierowanego/ych bezrobotnego/ych w ramach refundacji kosztów zatrudnienia w wysokości 1 150,00 zł za każdy pełny miesiąc refundacji oraz składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe i wypadkowe, składka wypadkowa- w wysokości nie wyższej niż na dzień zawarcia umowy) naliczane od kwoty refundacji w części należnej od pracodawcy.

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający formę prawną firmy (wyciąg z rejestru sądowego, wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub inne);
2. Aktualna deklaracji ZUS DRA ;
3. Oświadczenia pracodawcy (załącznik nr 1);
4. **Pracodawca będący beneficjentem pomocy** w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. rok 2021 poz. 743) dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 tej ustawy. Oświadczenie o pomocy publicznej (załącznik nr 2) oraz wypełniony formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

*POUCZENIE:*

Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, dokonywana w ramach refundacji zatrudnienia poniesionych w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego stanowi pomoc de minimis spełniającą warunki określone w:

- rozporządzeniu 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),

- rozporządzeniu 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 we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

*Wszystkie kserokopie dokumentów proszę potwierdzić za zgodność z oryginałem. W przypadku gdy wnioski, są nieprawidłowo wypełnione lub niekompletne, starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na ich uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.*

|  |
| --- |
| 1. Sprawdzono pod względem formalnym wniosek i załączniki ……………………………………………..…   *(data i podpis pracownika PUP )*   1. Sprawdzono pod względem merytorycznym wniosek i załączniki ……………………………………….…   *(data i podpis pracownika PUP)* |

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. informacje zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są prawdziwe;
2. na dzień złożenia wniosku nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
3. **nie jestem / jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniach w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2020, poz. 708 ze zmianami);
4. **spełniam / nie spełniam** warunki o dopuszczalności udzielania pomocy de minimis;
5. **nie zostałem(am) / zostałem(am)\*** w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **nie jestem / jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

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

*(miejscowość i data) (pieczątka i podpis pracodawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY PUBLICZNEJ**

*(Pełna nazwa oraz dane pracodawcy, NIP)*

Oświadczam, że:

1. w roku podatkowym, w którym ubiegam się o udzielenie pomocy, oraz w ciągu dwóch poprzedzających lat podatkowych **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am**) \* *pomoc de minimis* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ……………………………… złotych, co stanowi ……………… euro).
2. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)** \* *pomoc publiczn*ą w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona *pomoc de minimis* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ………………….złotych, co stanowi ……………………euro).
3. w roku podatkowym, w którym ubiegam się o udzielenie pomocy, oraz w ciągu dwóch poprzedzających lat podatkowych **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am**) \* *pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ……………………………… złotych, co stanowi ……………… euro).
4. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)** \* *pomoc publiczn*ą w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona *pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ………………….złotych, co stanowi ……………………euro).

**Spełniam/nie spełniam\*** warunki odnoszące się do dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej oraz niezwłocznie powiadomię o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania pisemnie o uzyskaniu pomocy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzymam pomoc de minimis lub pomoce de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

.…………………………. ………………………………………………………

(miejscowość i data) **(**podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń)

***\**** *niewłaściwe skreślić*