



.....
(pieczęć pracodawcy)

Siemianowice Śląskie, dnia

.....
(pozycja w rejestrze zgłoszeń PUP)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE
UL. WYZWOLENIA 17**

**WNIOSEK
O ZAWARCIE UMOWY CYWILNOPRAWNEJ O PRYZYNIANIE REFUNDACJI
KOSZTÓW PONIESIONYCH NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ZA SKIEROWANEGO
BEZROBOTNEGO DO 30 ROKU ŻYCIA ZGODNIE Z ART. 60c USTAWY O PROMOCJI
ZATRUDNIENIA I INSTYTUCJACH RYNKU PRACY**

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.); Ustawie o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2023 r., poz 702); Ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r., poz. 162 z późn. zm.); Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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); Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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); Rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz.UE L 193 z 25.07.2007); Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 ze zmianami); Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810).

I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa zakładu pracy:

.....
.....

2. Adres siedziby :

.....
.....

3. Miejsce prowadzenia działalności:

.....
.....

4. Numer telefonu e-mail

5. Dokument określający status prawny firmy:

6. Forma prawna prowadzonej działalności:

7. Rodzaj prowadzonej działalności:

8. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:

9. REGON: NIP: PKD

10. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:

11. Nazwa banku:
nr rachunku bankowego-----

12. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób uprawnionych do podpisania umowy:

.....

(nazwisko i imię)

(stanowisko)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(stanowisko)

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STANOWISKA PRACY

Nazwa stanowiska zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności	Wymagane kwalifikacje			Wnioskowany okres refundacji w ramach umowy (do 12 miesięcy)	Wynagrodzenie miesięczne (brutto)
	wykształcenie	staż pracy	dotatkowe kwalifikacje		

1. Miejsce wykonywanej pracy i adres zatrudnienia

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

2. Godziny pracy zmianowość

3. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych.

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

4. Na dzień złożenia wniosku zatrudniam pracowników (w przeliczeniu na pełny etat).

5. W okresie ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku, zatrudnienie w zakładzie przedstawiało się następująco:

Miesiąc												
Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny etat												

6. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać liczbę zwolnionych pracowników i przyczynę zwolnień:

- a) dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy
- b) niepełnosprawności
- c) przejścia na emeryturę z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego
- d) dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy ..
- e) zgodnego z prawem zwolnienia za naruszenie obowiązków pracowniczych
- f) redukcja etatu

III. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:

1. Skierowani bezrobotni otrzymują wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.
2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
3. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych oraz nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. Nie byłem/łam karany/a w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) lub ustawy z dn. 28 października 2002 o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. Nr 197, poz. 1661 z późn. zm.)
6. Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go 2 lata **otrzymałem / nie otrzymałem** euro środków stanowiących pomoc de minimis.
W przypadku otrzymania pomocy de minimis do wniosku należy dołączyć wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymanej w roku ubiegania się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.
7. **Spełniam/ nie spełniam** warunki odnoszące się do dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej oraz niezwłocznie powiadomię o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
8. **Wyrażam zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w art. 60c ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zmianami).
9. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **został skazany/nie został skazany*** prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **jest objęty/nie jest objęty*** postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
10. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskał / uzyskał*** inną pomoc niż pomoc de minimis (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się / kumuluje się*** 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.
11. Po upływie okresu przysługiwania refundacji kosztów poniesionych na ubezpieczenia społeczne zobowiązuję się do zapewnienia zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres **6 miesięcy**.

* **niewłaściwe skreślić**

.....
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy osoby
uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń,
zgodnie z dokumentem rejestrowym)

IV. ZAŁĄCZNIKI:

1. Aktualne zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych.
3. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc DE MINIMIS.*
4. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej wnioskodawcy, a także sprawozdania finansowe za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzane zgodnie z przepisami o rachunkowości (**w przypadku przedsiębiorców, do których stosuje się przepisy o rachunkowości**).
5. Kserokopia umowy spółki cywilnej potwierdzona za zgodność z oryginałem (**dot. tylko spółek cywilnych**).
6. Zaświadczenie potwierdzające otrzymanie pomocy DE MINIMIS w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go 2 lata.

UWAGA:

1. Wymienione niżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
2. Wniosek bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany.
3. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.
4. Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią organizatora.
5. Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych, o których mowa w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwiec 1997 r. kodeks karny, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data, pieczęć i podpis pracodawcy, osoby
uprawnionej do reprezentacji i składania
oświadczeń, zgodnie z dokumentem)