WNIOSEK o zawarcie umowy o jednorazową refundację poniesionych kosztów z tytułu   
opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne

……………………………,dnia …………………

*...........................................................................*

(pieczęć Pracodawcy)

Zgodnie z art. 47 *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 roku, poz. 475, ze zmianami) oraz *Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne* (Dz. U. z 2014 roku, poz. 864, ze zmianami) wnoszę o skierowanie bezrobotnych do wykonywania pracy związanej   
z refundacją poniesionych kosztów z tytułu opłacanych składek na ubezpieczenia społeczne.

Jednocześnie wnoszę o przyznanie jednorazowej refundacji poniesionych kosztów   
z tytułu opłacanych składek na ubezpieczenia społeczne dla ......... bezrobotnego(-ych) skierowanego(-ych) przez Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego.

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**(wypełnia Wnioskodawca)
2. Nazwa Pracodawcy:

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

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

1. Adres siedziby Pracodawcy oraz numer telefonu:

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

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

1. Miejsce prowadzenia działalności: ...................................................................................
2. Numer REGON: ...............................................................................................................
3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP): .............................................................................
4. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności: .....................................................
5. Forma opodatkowania: …………………………………………………………………………
6. Kod PKD: .........................................................................................................................
7. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (w %) …………………………………..
8. Nazwisko, imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisywania umowy: …………………………………………………………………………………….………….……
9. Nazwisko, imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku wraz z telefonem i adresem e-mail: …………………………………………………. …………………………………………………………………………………….…………….…
10. Liczba zatrudnionych pracowników: ………………………………………………………….
11. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: …...…..
12. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku nastąpiło zmniejszenie stanu zatrudnienia (jeżeli tak, proszę podać przyczyny spadku): …………...

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

1. Numer konta bankowego: ……………………………………………………………………..

# OFERTA ZATRUDNIENIA SUBSYDIOWANEGO

1. Planowany okres zatrudnienia od .................................................... do ........................................
2. Miejsce wykonywania pracy (miejscowość, powiat): …………………………………………….
3. Rodzaj wykonywanej pracy ……………………………................................................................
4. Proponowane wynagrodzenie brutto (zł/m-c) ..............................................................................
5. Wnioskowana wysokość refundacji (zł) .......................................................................................
6. Szczegółowe dane dotyczące planowanego zatrudnienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nazwa stanowiska  (w oparciu o KOD zawodu) | liczba osób | kwalifikacje, umiejętności | | inne wymogi | rodzaj wykonywanej pracy |
| niezbędne | pożądane |
|  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku:**

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
2. **Nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłaceniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, a także z opłaceniem innych danin publicznych.
3. **Jestem / nie jestem\*** beneficjentem pomocy – w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia   
   2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
4. **Korzystałem / nie korzystałem**\* z pomocy *de minimis* w okresie 3 minionych lat   
   (3\*365 dni) poprzedzających dzień złożenia wniosku.
5. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie   
   w okresie 3 minionych lat (3\*365 dni) poprzedzających dzień złożenia wniosku.
6. **Spełniam / nie spełniam warunków\*** określonych w Rozporządzeniu Komisji (UE)   
   2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
   o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocyde minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831  
   z 15.12.2023), 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, z późn. zm) lub Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2024 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.).
7. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy publicznej, otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis.*

|  |  |
| --- | --- |
| *………….......................................................*  *(miejscowość i data)* | *....................................................*  *(podpis i pieczęć Pracodawcy)* |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do złożonego wniosku:**

1. Wypełniony załącznik nr 1 do wniosku – Oświadczenie Pracodawcy o uzyskanej pomocy de minimis.
2. Dokument wskazujący podstawę prawną działalności Pracodawcy.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. – dotyczy wyłącznie podmiotów, którym pomoc udzielona będzie w ramach pomocy de minimis, zgodnie z warunkami jej dopuszczalności.

Informacje o Pracodawcy zostaną sprawdzone w Centralnej Ewidencji i Informacji   
o Działalności Gospodarczej. W uzasadnionych przypadkach Urząd Pracy może zażądać od Pracodawcy do wglądu zaświadczeń o nadaniu numerów REGON i NIP

**UWAGA !!!**

1. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
2. Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez składającego wniosek.
3. Wniosek powinien być uzupełniony dużymi, drukowanymi literami, podpisany przez Pracodawcę lub osobę upoważnioną do składania oświadczenia w imieniu Pracodawcy.
4. Wszystkie poprawki powinny być dokonywane czytelnie i zaparafowane przez Pracodawcę lub osobę upoważnioną.
5. Wnioski niekompletne lub wypełnione nieprawidłowo podlegają uzupełnieniu w ciągu   
   7 dni od dnia dostarczenia pisma wzywającego do uzupełnienia. W przypadku brak uzupełnienia, wnioski pozostawia się bez rozpatrzenia.

**Pouczenie!**

Zgodnie z art. 47 *ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy* pomoc w formie jednorazowej refundacji poniesionych kosztów   
z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego może być udzielana tylko pracodawcom.

Dopuszczalność pomocy *de minimis* nie obowiązuje w stosunku do jednostek samorządu terytorialnego ani do jednostek, które im podlegają.

Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone   
za zgodność z oryginałem przez składającego wniosek.

Wniosek powinien być uzupełniony dużymi, drukowanymi literami, podpisany przez pracodawcę lub osobę upoważnioną do składania oświadczenia w imieniu pracodawcy.

Wszystkie poprawki powinny być dokonywane czytelnie i zaparafowane przez pracodawcę lub osobę upoważnioną.

Rozpatrzeniu podlega jedynie wniosek kompletny, wypełniony czytelnie, zawierający wszystkie wymagane załączniki oraz dodatkowe dokumenty.

Pracodawca będący beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu *ustawy z dnia   
30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej* do wniosku dołącza wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis   
w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w okresie wskazanym odpowiednio w art. 3 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocyde minimis, art. 3 ust. 2 Rozporządzenia 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 albo art. 3 ust. 2 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2024 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury albo oświadczenie o wielkości pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie   
o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.

Wnioski niekompletne lub wypełnione nieprawidłowo podlegają uzupełnieniu w ciągu 14 dni od dnia dostarczenia pisma wzywającego do uzupełnienia. W przypadku braku uzupełnienia, wniosek zostanie rozpatrzony negatywnie pod względem formalnym.

Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków z Funduszu Pracy. Starosta mając na względzie priorytety polityki lokalnego rynku pracy może nie przyznać refundacji. Środki publiczne przeznaczone na sfinansowanie wydatków związanych z realizacją instrumentów rynku pracy są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.

Starosta podejmując decyzję o rozpatrzeniu wniosku uwzględnia kolejność wpływu, dotychczasową współpracę Wnioskodawcy z Urzędem Pracy, realizację wymogów wynikających z dotychczas zawieranych umów, zgłoszenia wolnych miejsc pracy w okresie ostatnich trzech lat oraz racjonalne gospodarowanie środkami Funduszu Pracy, a także konieczność zapewnienia zgodności z przepisami dotyczącymi udzielania pomocy publicznej oraz pomocy *de minimis*.

*……………………………………………………*

*podpis i pieczęć Pracodawcy*