

.....
(pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(tel. kontaktowy)

**STAROSTA BIAŁOGARDZKI
POWIATOWY URZĄD PRACY
W BIAŁOGARDZIE**

.....
(data wpływu wniosku do PUP)

.....
(pozycja rejestru zgłoszeń)

WNIOSEK

**o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy część kosztów
poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne
skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

na zasadach określonych w art. 150 f oraz art. 150 g ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji
zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn.zm.)

I. Dane dotyczące pracodawcy/przedsiębiorcy

1. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy

.....

2. Adres pracodawcy/przedsiębiorcy

.....

3. Data rozpoczęcia działalności

4. NIP REGON

5. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi %.

6. Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy

.....

7. Nazwa banku i numer konta bankowego

.....

II. Dane dotyczące organizowanego stanowiska pracy

1. Liczba bezrobotnych wnioskowana do zatrudnienia
2. Przewidywany okres zatrudnienia od dnia
3. Nazwa stanowiska pracy oraz miejsce wykonywania pracy
.....
.....
4. Wymagane kwalifikacje
.....
5. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych
.....
(wysokość wynagrodzenia + ZUS)

Oświadczenie :

1. W okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku nie zmniejszyłem zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
2. Pracodawca jest/nie jest beneficjentem pomocy de minimis w rozumieniu ustawy z dn. 30.04.2014r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. Nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
4. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych w celach związanych z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2017 r. , poz. 1065 z późn.zm.)
6. **Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego przez okres za który jest dokonywana refundacja (12 miesięcy) oraz przez okres 15 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.**

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy/przedsiębiorcy)

Załączniki do wniosku:

1. Formularz informacji przy ubieganiu się o pomoc de minimis
2. Oświadczenie o otrzymywaniu pomocy de minimis w ciągu ostatnich 3 lat
3. Zgłoszenie krajowej oferty pracy