

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Nr ewidencyjny 6100/...../2009

Kłodzko, dnia

.....
(nazwa banku i nr konta)

**Dyrektor
Powiatowego Urzędu Pracy
w Kłodzku**

Wniosek

o jednorazową refundację kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne

na zasadach określonych w ustawie z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U. z 2008 Nr 69 poz. 415 ze zm.) oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 07 stycznia 2009r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2009 Nr 5, poz. 25)

I. Proszę o skierowanie bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kłodzku do zatrudnienia na okres 12 miesięcy.

- Umowa na okres co najmniej 12 miesięcy - refundacja do 300% wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.

II. Planowany termin rozpoczęcia prac od

III. Skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy bezrobotni zostaną zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy tj. 8 godzin na następujących stanowiskach:

Lp.	Stanowisko	Liczba bezrobotnych do zatrudnienia	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi
1			
2			
3			

IV. Dane dotyczące organizacji subsydiowanego miejsca zatrudnienia:

1. Miejsce zatrudnienia:

2. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

3. Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w formie subsydiów płacowych na rekrutację ponoszone przez pracodawcę -koszty płac nowych pracowników (wypełnia beneficjent pomocy):

- w okresie 12 miesięcy z tytułu zatrudnienia pracowników znajdujących się w szczególnie i bardzo niekorzystnej sytuacji:

- wynagrodzenie brutto
- opłacane od wynagrodzeń obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne
- suma kosztów

V. Dane dotyczące Pracodawcy:

1. Nazwa pracodawcy, adres siedziby

.....

2. Miejsce prowadzenia działalności, nr telefonu

.....

REGON, PKD, NIP

Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności

Pracodawca prowadzi działalność w zakresie

3. Stopa % ubezpieczenia wypadkowego

4. Forma opodatkowania, oraz stawka %

5. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej

6. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników/w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy/

7. Oświadczam, że stan zatrudnienia ogółem w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w ostatnich 12 miesiącach przed złożeniem wniosku przedstawiał się następująco:

Lp.	m-c, rok	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	
		Ogółem	W tym liczba pracowników znajdujących się w szczególnie niekorzystnej i bardzo niekorzystnej sytuacji
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
Razem			

Uwaga: Do zatrudnionych **nie zalicza się:** osób wykonujących pracę nakładczą; osób wykonujących pracę na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia; osób przebywających na urloпах macierzyńskich, wychowawczych oraz bezpłatnych; osób odbywających służbę wojskową.

8. Średnia zatrudnienia z ostatnich 12 miesięcy (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)

.....

9. Oświadczam, że o pomoc publiczną w formie subsydiów
(ubiegam się / nie ubiegam się)*
płacowych na rekrutację pracowników znajdujących się w szczególnie niekorzystnej
sytuacji i bardzo niekorzystnej sytuacji określonej w rozdziale I, art. 40 oraz rozdziale III
rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008.

10. Oświadczam, że beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy
(jestem/ nie jestem)*
z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.
U. Nr z 2007r. Nr 59, poz. 404 oraz z 2008r. Nr 93, poz. 585).

Beneficjent pomocy – należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący
działalność gospodarczą w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób
finansowania, który otrzymał pomoc publiczną.

Działalność gospodarcza – należy przez to rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły
konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

11. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu, o dopuszczalności
udzielenia pomocy publicznej.

**VI. Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 K.K. oświadczam, że wszystkie udzielone
informacje we wniosku są zgodne z prawdą.**

Pracodawca oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzania danych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia
29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmian.).

*właściwe wpisać

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

.....
(pieczętka i podpis Gł. Księgowego)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Uwierzytelnioną kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności bądź Odpis Aktualny z
Krajowego Rejestru Sądowego lub inne potwierdzające formę prawną prowadzonej działalności;
/wystawione nie później niż w okresie 3 miesięcy od dnia składania wniosku /
2. Kserokopie nadania numeru REGON
3. Zaświadczenie z ZUS-u o nie zaleganiu opłaceniu składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy.
/wystawione nie później niż w okresie 3 miesięcy od dnia składania wniosku /
4. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu z opłatami podatkowymi /wystawione nie później niż
w okresie 3 miesięcy od dnia składania wniosku /
5. Informację o otrzymanej pomocy publicznej (rozporządzenie RM w sprawie informacji o otrzymanej
pomocy publicznej oraz informacji o nieotrzymaniu pomocy (Dz. U. z 2007r. Nr 61 poz. 413) oraz
kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis.
6. Oferta pracy (druk wewnętrzny)

WYPEŁNIA URZĄD PRACY W KŁODZKU/FILIE

1) IR – opinia i uzasadnienie

2) Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą:

3) Intensywność pomocy %:

4) Koszt refundacji:

.....

.....
(data i podpis pracownika)