BON ZATRUDNIENIOWY – WNIOSEK

PRACODAWCY O REFUNDACJĘ

Oborniki, dnia.....................................

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

Pieczątka wnioskodawcy

**DYREKTOR  
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY  
W OBORNIKACH**

**WNIOSEK**

W SPRAWIE REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW WYNAGRODZENIA I SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNEGO DO 30 ROKU ŻYCIA, KTÓREMU PRZYZNANO **BON ZATRUDNIENIOWY**

Zgodnie z art. 66m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
(Dz.U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm)

**Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku,   
a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”, „nie posiadam”. Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone.**

**I. NA PODSTAWIE BONU ZATRUDNIENIOWEGO** STAROSTA REFUNDUJE PRACODAWCY CZĘŚĆ KOSZTÓW WYNAGRODZENIA I SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE, PRZEZ OKRES   
12 MIESIĘCY, W WYSOKOŚCI ZASIŁKU, O KTÓRYM MOWA W ART. 72 UST. 1 PKT 1

**II.BON ZATRUDNIENIOWY PRZYZNANO PANU/I ……………..…………………………………………**

**III. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa podmiotu zgodnie z dokumentami rejestrowymi (w przypadku os. fizycznej także imię i nazwisko, PESEL):

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

1. Dokładny adres siedziby (w przypadku os. fizycznej dokładny adres miejsca zamieszkania)

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

1. Adres korespondencyjny:

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

1. Miejsce prowadzenia działalności/ wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego:

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

1. Telefon/fax ……………………………………….…………………………………………………………………………
2. E-mail...................................................................................................................................................................
3. NIP…………………………………… REGON……………………………………………………………….

8. **Osoba/-y upoważniona/-e** do reprezentacji Wnioskodawcy, składania oświadczeń w zakresie praw   
i obowiązków majątkowych, zaciągania w jego imieniu zobowiązań i podpisywania umów:

a)..................................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko, nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania)

b)..................................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko, nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania)

9. Osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do kontaktu z Urzędem w sprawach związanych z wnioskiem:

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

(imię i nazwisko, stanowisko) (telefon)

10. Numer konta bankowego:.....................................................................................................................................

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

11. Stan zatrudnienia w przedsiębiorstwie**:**

**na dzień złożenia wniosku** - liczba osób zatrudnionych przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę   
(*należy podać liczbę osób):* ................................................ .

12. Wysokość stopy procentowej składki na:

* ubezpieczenie wypadkowe ……………………………………………
* ubezpieczenie emerytalne ……………………………………………..
* ubezpieczenie rentowe …………………………………………………

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

(data) (podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Pracodawca\*\* **zalega / nie zalega**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Pracodawca \*\* w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał** \* pomoc publiczną, która **kumuluje się** / **nie kumuluje się**\*z wnioskowaną pomocą. W przypadku 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 *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. **Nie otrzymałem / otrzymałem**\*pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie/ w rybołówstwie\* w wysokości ……………….. w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.
4. Pracodawca\*\* **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia 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 24.12.2013r.).
5. Pracodawca\*\* **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia 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 zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007r.).
6. Pracodawca\*\* **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia 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).
7. Pracodawca \*\* zobowiązuje się do:
   1. **Zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej, której przyznano bon zatrudnieniowy   
      Pana/Pani ……………………………………………………………w pełnym wymiarze czasu pracy.**
   2. **Utrzymania zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy Pana/Pani …………………………..……………………………………………………... przez okres 18 miesięcy.**
   3. **Przedkładania do dnia 20-go każdego miesiąca następującego po miesiącu, za który przysługuje refundacja, oświadczeń o kontynuacji zatrudnienia wraz z miesięcznymi raportami imiennymi, oraz przedłożenia oświadczenia w terminie do 20-go dnia miesiąca następującego po upływie 18 miesięcy o dopełnieniu powyższego warunku wraz z miesięcznymi raportami imiennymi za okres od 13 do 18 miesiąca zatrudnienia.**
   4. **zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania PUP, kwoty** **otrzymanej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania środków pierwszej refundacji w przypadku:**
      * **niewywiązania się z warunku, o którym mowa w p-kcie a) i b)**
      * **złożenia niezgodnych z prawdą oświadczeń, zaświadczeń lub informacji,**
      * **naruszenia innych warunków umowy,**
   5. **zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania PUP, kwoty ustalonej proporcjonalnie do okresu nieutrzymywania zatrudnienia wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, jeżeli niespełnienie obowiązku zatrudnienia bezrobotnego nastąpiło w okresie 6 miesięcy po zakończeniu refundacji.**
8. Pracodawca\*\* **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy *de minimis* w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Obornikach otrzymał pomoc publiczną lub pomoc *de minimis.*

**Wyrażam/-y zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Obornikach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm).

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Świadom/-mi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

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

(data) (pieczątka, podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

\* niewłaściwe skreślić

\*\* **przedsiębiorca zatrudniający co najmniej jedną osobę na umowę o pracę**

**Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej) lub kserokopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego -  
   w przypadku pozostałych podmiotów gospodarczych.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2010r. nr 53, poz. 311) lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc, stanowiący załącznik 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)

Wzory formularzy znajdują się też na str. www.uokik.gov.pl

**Refundacja w ramach bonu zatrudnieniowego jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności   
pomocy *de minimis***

**Refundacja części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne jest dokonywana za okres   
12 miesięcy, w 12 transzach, wpłacanych na konto Pracodawcy w terminie do 30 dni od przedłożenia oświadczenia   
o kontynuacji zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy osoby bezrobotnej, która otrzymała bon zatrudnieniowy.**

**Zawarcie umowy następuje w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.**

**Wniosek może zostać uwzględniony tylko, jeśli jest kompletny   
i prawidłowo sporządzony.**

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:**

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