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

/pieczęć firmowa Wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

***Powiatowy Urząd Pracy***

***dla Powiatu Nowosądeckiego***

***WNIOSEK***

***O ZAWARCIE UMOWY W SPRAWIE REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPICZENIA SPOŁECZNE***

***SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA***

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

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Pełna nazwa firmy, imię i nazwisko Wnioskodawcy, telefon, e-mail:

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

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

1. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………………………………………………….
2. W przypadku osoby fizycznej:

Adres miejsca zamieszkania: …………….…………………………………………………………………………………….

Numer PESEL: ……………………………………………………………………………………………………………………….

1. Klasa rodzaju prowadzonej działalności – zgodnie z PKD: ……………………………………………………..

Opis prowadzonej działalności (w części dotyczącej wnioskowanego stanowiska):

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

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

1. REGON: ………………………………………………….. NIP: ………………………………………………………………………
2. Data rozpoczęcia działalności: …………………………………………………………………………………………………
3. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności: …………………………………………………….
4. Forma i stawka opodatkowania: ……………………………………………………………………………………………..
5. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe: …………………………………………………………………….
6. Termin wypłaty wynagrodzeń: na koniec danego miesiąca / w miesiącu następnym[[1]](#footnote-1)\*
7. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy: ……………………………………..…..……..

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

1. Dane osoby uprawnionej do kontaktu (imię i nazwisko, stanowisko, telefon): ………………………

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

**II. DANE DOTYCZĄCE STANU ZATRUDNIENIA:**

1. Średniomiesięczne zatrudnienie (z właścicielem) w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników z okresu ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku wynosi: ……………………………….. osób. *(Szczegółowe wyliczenie średniego stanu zatrudnienia pracowników przedstawia Zał. Nr 2).*
2. Liczba zatrudnionych pracowników (z właścicielem) w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku wynosi: …………………………….. etatów.
3. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy należy podać sposób rozwiązania stosunku pracy (tryb zgodnie z Kodeksem Pracy): ……………………………….

*…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………*

1. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nastąpiło u Wnioskodawcy zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy? *………………........................*

*…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………*

***Definicje przyczyn dotyczących zakładu pracy:***

*Przyczyny dotyczące zakładu pracy - oznacza to:*

* *Rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn nie dotyczących pracowników, zgodnie   
  z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.), w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn   
  u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników.*
* *Rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych.*
* *Wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowania przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy.*
* *Rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art. 55 par. 1’ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.*

**III. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO MIEJSCA PRACY:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie/  opis stanowiska | | STANOWISKO  I | STANOWISKO  II | STANOWISKO  III |
| Proponowane warunki pracy, rodzaj  i miejsce pracy | Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach programu |  |  |  |
| Nazwa stanowiska |  |  |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  |  |  |
| Rodzaj prac do wykonywania |  |  |  |
| Proponowana data zatrudnienia  w ramach programu |  |  |  |
| Proponowane wynagrodzenie miesięczne ( brutto ) |  |  |  |
| Zmianowość |  |  |  |
| Godziny pracy |  |  |  |
| Dodatkowe informacje |  |  |  |
| Wymagania dotyczące osoby bezrobotnej | Wymagany poziom wykształcenia  ( kierunek, specjalność) |  |  |  |
| Dodatkowe uprawnienia, umiejętności i inne wymagania |  |  |  |
| Wymagany staż pracy/ praktyka |  |  |  |
| Wnioskowana kwota refundacji | |  |  |  |

***Oświadczam że:***

***Wyrażam zgodę*** *na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Nowosądeckiego dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku oraz realizacją programu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity   
Dz. .U. z 2016r. poz. 922 z późn. zm).*

***Zostałem poinformowany*** *o przysługującym mi prawie wglądu i poprawianiu moich danych osobowych (Ustawa z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych – tekst jednolity Dz. .U. z 2016r. poz. 922 z późn. zm).*

***Przyjmuję również do wiadomości****, że Dyrektorowi PUP dla Powiatu Nowosądeckiego służy prawo kontroli wiarygodności danych zawartych w niniejszym wniosku, a w szczególności wnioskodawca na każdorazowe wezwanie Dyrektora PUP   
dla Powiatu Nowosądeckiego zobowiązany jest przedłożyć niezbędne dokumenty oraz umożliwić przeprowadzenie kontroli w obecnym jak i przyszłym miejscu prowadzenia działalności gospodarczej.*

#### Oświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe,

#### Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

/Gł. księgowy, inna osoba /Pieczęć i podpis Wnioskodawcy/

prowadząca dokumentację finansową/

***ZAŁĄCZNIKI:***

* 1. *Dokumenty poświadczające formę prawną Wnioskodawcy (zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, postanowienie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego, akt założycielski spółki, statut, umowa spółki itp. oraz koncesje, licencje, zezwolenia jeżeli profil działalności tego wymaga).*
  2. *Decyzja w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej NIP.*
  3. *Zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego REGON.*
  4. *Umowa wynajmu/użyczenia lokalu, w którym będzie utworzone stanowisko pracy w przypadku braku jego wskazania w KRS.*
  5. *Oświadczenie pracodawcy ubiegającego się o udzielenie pomocy de minimis na zatrudnienie (załącznik nr 1).*
  6. *Oświadczenie o stanie zatrudnienia w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku (załącznik nr 2).*
  7. *Oświadczenie przedsiębiorcy w sprawie otrzymanej pomocy de minimis (załącznik nr 3).*
  8. *Oświadczenie dotyczące spełnieniu kryteriów „ jednego przedsiębiorstwa” (załącznik nr 4).*
  9. *Oświadczenie o spełnieniu kryteriów małego lub średniego przedsiębiorstwa (załącznik nr 5).*
  10. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 6).*

***UWAGA:***

1. *Załączniki wymienione we wniosku są niezbędne do jego rozpatrzenia. Wnioski bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.*
2. *Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.*
3. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis przedkładają przedsiębiorcy- beneficjenci pomocy.*
4. *Dokumenty należy dołączyć w sytuacji gdy w okresie ostatnich 2 lat nie zostały przedłożone w tutejszym urzędzie lub uległy zmianie.*

***Szczegółowe informacje można uzyskać w PUP dla Powiatu Nowosądeckiego***

***Nowy Sącz, ul. Nawojowska 118 pok. 11,***

***tel. (018) 440 - 08 - 08 wew. 412, 416***

**Załącznik Nr 1**

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

/pieczęć firmowa Wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

**OŚWIADCZENIE**

**pracodawcy ubiegającego się o udzielenie pomocy *de minimis* na zatrudnienie**

*Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia:*

1. **Jestem**/**nie jestem**[[2]](#footnote-2)\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej *(Dz. U. z 2016 r. poz. 1808).*

2. Zakład pracy **jest**/**nie jest**\* w stanie likwidacji lub upadłości.

3. **Nie zalegam**/**zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.

4. **Nie zalegam**/**zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z opłaceniem w terminie innych danin publicznych.

5. **Nie posiadam/posiadam**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

6**. Nie byłem karany/byłem karany\*** w okresie2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dania 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016r. poz. 1137, z późn zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. Uz. 2016r. poz.1541 oraz z 2017r. poz. 724 i 933).

7. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem/nie zostałem\*:**

**-** ukarany za naruszenie przepisów prawa pracy,

- skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy.

8.  **Jestem/nie jestem** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

9. W okresie ostatnich trzech lat (*w ciągu danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających lat podatkowych)*  **nie** **otrzymałem/otrzymałem** \* pomoc *de minimis* (*w przypadku otrzymania pomocy należy wypełnić* ***zał. Nr 3*** *w tym również proszę podać pomoc de minimis z wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa lub przedsiębiorstw powstałych w wyniku podziału lub połączenia).*

10**. Nie otrzymałem/otrzymałem\*** inną pomoc ze środków publicznych niezależnie od jej formy   
i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych i **nie będzie/będzie** \* kumulowana (sumowana) z inną pomocą *(w przypadku otrzymania pomocy należy wykazać niniejszą pomoc w części   
D formularza informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis* ***zał. nr 6)****.*

11. **Jestem/nie jestem**\* przedsiębiorstwem, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.

12. **Nie otrzymałem/otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającą pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.

13. Przedsiębiorstwo jest: **niezależne/partnerskie/związane**\*.

***\*/ niepotrzebne skreślić /***

#### Oświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe,

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

/Pieczęć i podpis Wnioskodawcy/

**Podstawa prawna :**

* ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U z 2017 r. poz.1065 z późn. zm. ).
* ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej  
  (Dz. U. z 2016r. poz. 1808 ).
* *rozporządzenie 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, z 2013r. poz. 276 oraz 2014r. poz. 1543),*
* *rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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, str. 1).*
* *rozporządzenie 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).*
* *rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810),*
* *rozporządzenie Komisji (WE) NR 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. 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, str.6).*

**Załącznik Nr 2**

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

/Nazwa lub imię i nazwisko, adres Wnioskodawcy/ / miejscowość, data/

**Zatrudnienie pracowników w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku wynosiło:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników ogółem: | | | | | Średnie zatrudnienie w miesiącu w przeliczeniu na pełny etat  (kol.4 do 6 + właściciel) |
| Liczba pracowników ogółem z właścicielem | w tym: | | | |
| Zatrudnienie na umowę o pracę | | | Inne: |
| pełny wymiar | niepełny wymiar | | urlop wychowawczy, macierzyński, bezpłatny, inne |
| 1/2 | inne |
|  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Średniomiesięczne zatrudnienie: | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |

#### Oświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe,

#### Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

#### 

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

/Pieczęć i podpis Wnioskodawcy/

***Uwagi:***

**Do zatrudnionych (personelu) zalicza się**: właściciela, osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru lub mianowania, w tym również osoby zatrudnione przy pracach interwencyjnych i robotach publicznych, finansowanych z Funduszu Pracy, osoby młodociane pracujące na podstawie umowy o pracę , a nie o naukę zawodu, osoby przebywające za granicą na podstawie delegacji służbowej, pracowników sezonowych obliczonych jako część ułamkowa rocznych jednostek roboczych.

**Do średniego zatrudnienia w miesiącu (kol. 8) nie zalicza się** :

1. osób wykonujących pracę nakładczą,
2. uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,
3. **osób korzystających z urlopów wychowawczych, macierzyńskich lub bezpłatnych**,
4. osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło,
5. praktykantów lub studentów odbywających szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktykę lub szkolenie zawodowe.

#### Załącznik Nr 3

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

DOTYCZĄCE POMOCY *DE MINIMIS* OTRZYMANEJ W ROKU,

W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH OSTATNICH LAT BUDŻETOWYCH

Oświadczam, że w okresie od dnia 01.01.20……. r. do dnia ........................[[3]](#footnote-3)\*

otrzymałem następującą pomoc *de minimis*

(*proszę podać otrzymaną pomocy de minimis w tym również z wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa lub jednostek gospodarczych powstałych z podziału lub połączenia przedsiębiorstw )*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna jej otrzymania | Dzień/miesiąc/ rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy  brutto | | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma:** | | | |  |  |  |

#### Oświadczam, że informacje podane przez mnie we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe,

#### Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data ....................................... ………………....................................................................

/Pieczęć i podpis Wnioskodawcy/

**Załącznik Nr 4**

……......................................................................... ............................................. /Nazwa lub nazwisko i imię, adres Wnioskodawcy/ / miejscowość, data /

**Oświadczenie dotyczące spełnianiu kryteriów „jednego przedsiębiorstwa”**

#### Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia niniejszym oświadczam, że:

**Spełniam/nie spełniam**[[4]](#footnote-4)\*kryteriapowiązanych jednostek gospodarczych za „jedno przedsiębiorstwo” do celów stosowania zasady *de minimis* obejmujące wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym ze stosunków, o których mowa w art. 2 ust.2 lit. a-d rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013r. z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* tj.:

* jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
* jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
* jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
* jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki;

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których ww. mowa za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

*(W przypadku spełnienia kryteriów „jednego przedsiębiorstwa”* proszę *podać numery identyfikacyjne NIP oraz łączna wartość otrzymanej pomocy de minimis wszystkich jednostek gospodarczych w zał.   
nr 6.)*

#### Oświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe.

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

/Pieczęć i podpis Wnioskodawcy/

**Załącznik Nr 5**

……......................................................................... ............................................. /Nazwa lub nazwisko i imię, adres Wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

**Oświadczenie o spełnianiu kryteriów małego lub średniego przedsiębiorstwa**

#### Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia niniejszym oświadczam, że:

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

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

/nazwa przedsiębiorstwa, u którego będzie realizowane subsydiowane zatrudnienie/

spełnia kryteria:

a) mikroprzedsiębiorstwa,

b) małego przedsiębiorstwa,

c) średniego przedsiębiorstwa,

Określone w załączniku I do Rozporządzenia Komisji (UE) *nr 651/2014 r. z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107  
 i 108 Traktatu ( Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r. str. 1*) **i jestem**[[5]](#footnote-5)\*:

**a) mikroprzedsiębiorca w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:**

* zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 miliony EUR,

**b) mały przedsiębiorca w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:**

* zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników i i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR,

**c) średni przedsiębiorca w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:**

* zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub
* całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR,

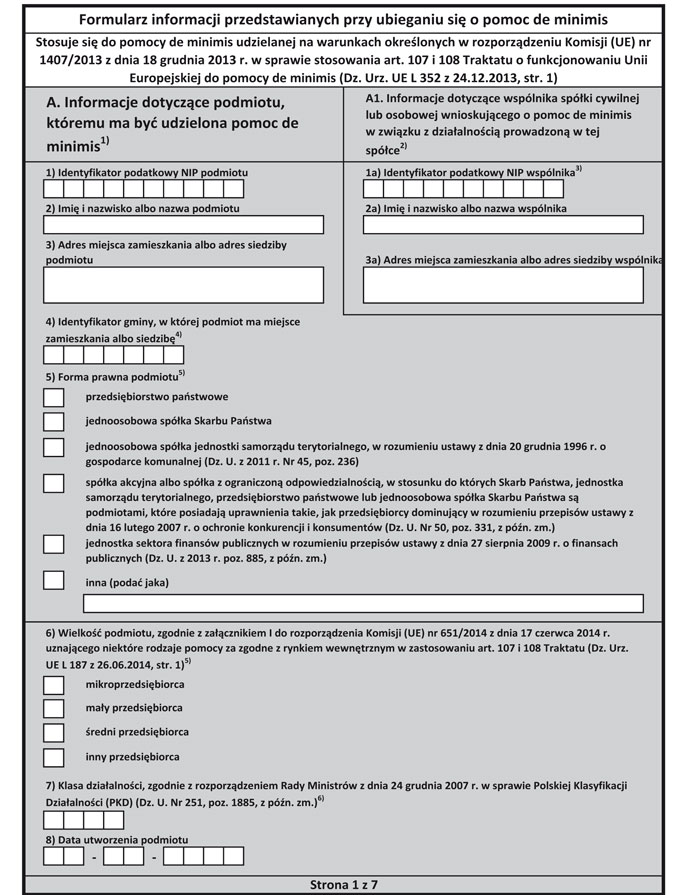
..................................................................

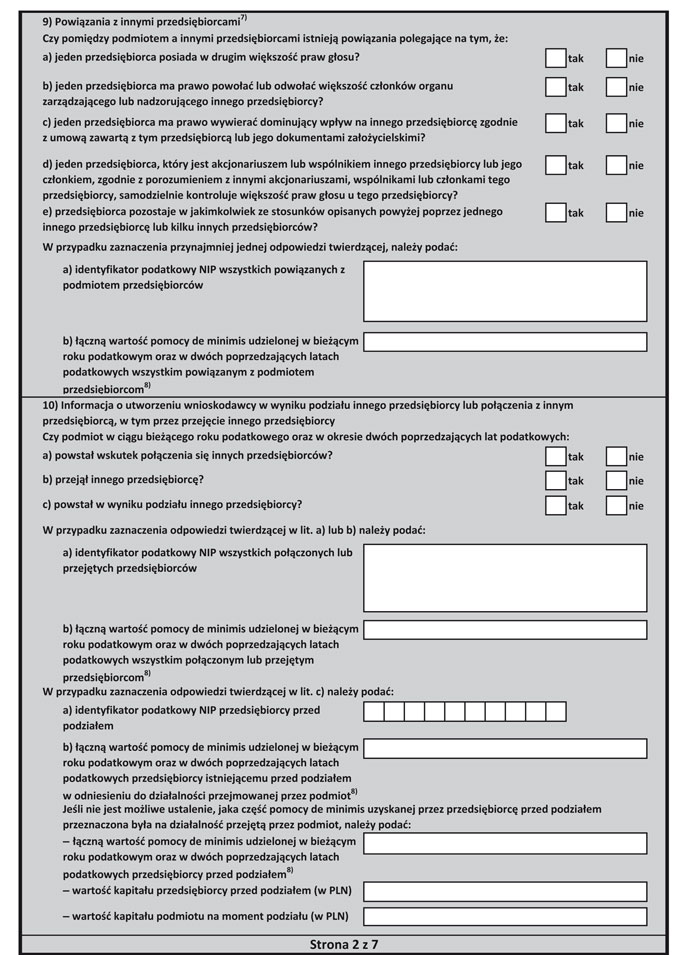
/Pieczęć i podpis Wnioskodawcy/

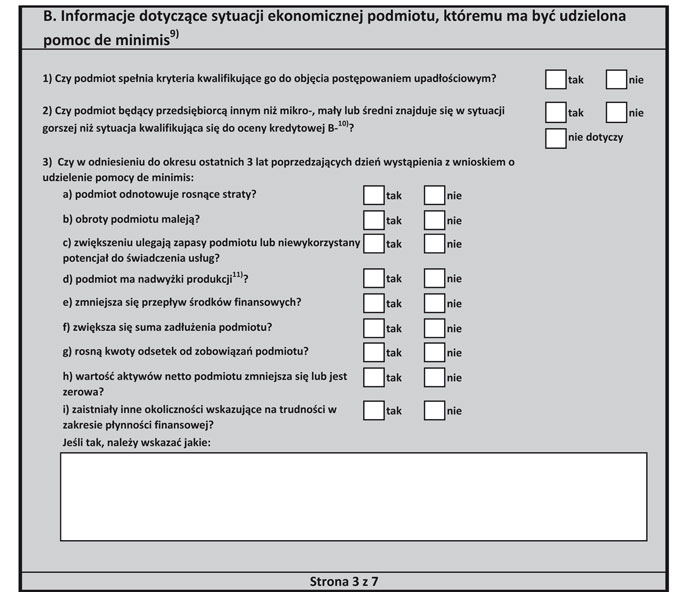
**Informacja o zasadach realizacji programu:**

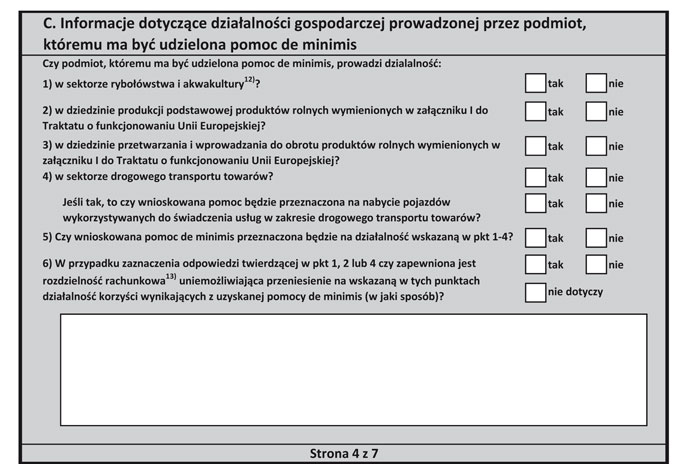
1. Na podstawie umowy, pracodawca może **przez okres 12 miesięcy** otrzymać refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia w wysokości nieprzekraczającej **kwoty minimalnego wynagrodzenia** (w 2017 r. stawka refundacji wynosi 1900,00 zł) za pracę oraz składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.
2. Umowa może zostać zawarta z pracodawcą, u którego w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku **nie nastąpiło zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy**.
3. Wnioskodawca jest zobowiązany, stosowanie do zawartej umowy, do utrzymania   
   w zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego przez okres za który dokonywana jest refundacja oraz **przez okres kolejnych 12 miesięcy po zakończeniu tej refundacji**.
4. Niewywiązanie się z warunków, o których mowa w pkt. 3, powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy w kwocie proporcjonalnej do okresu, w którym nie utrzymano zatrudnienia skierowanej osoby wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania refundacji

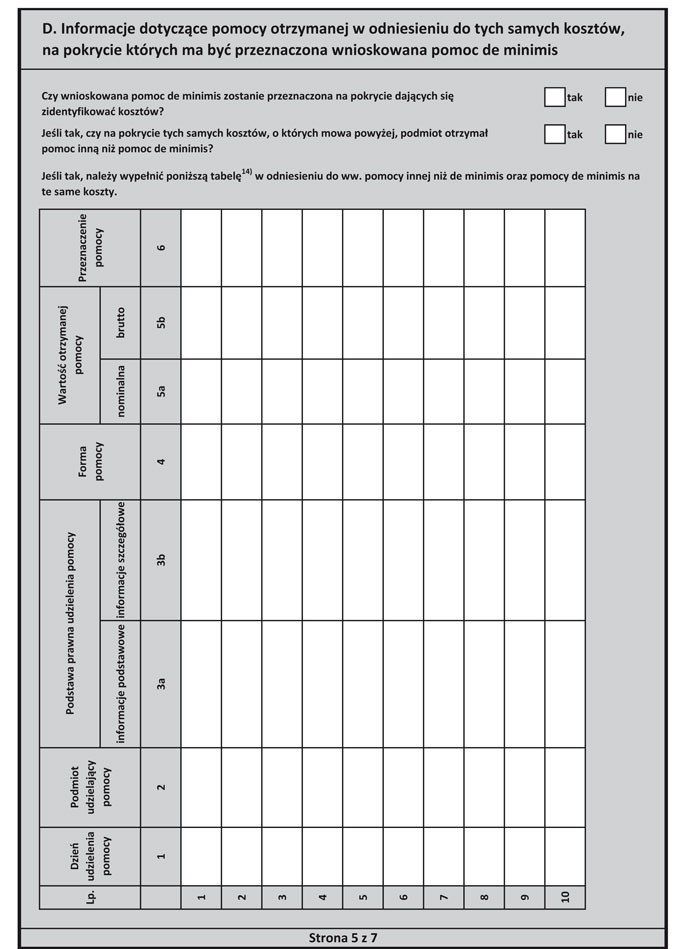
**Załącznik Nr 6**

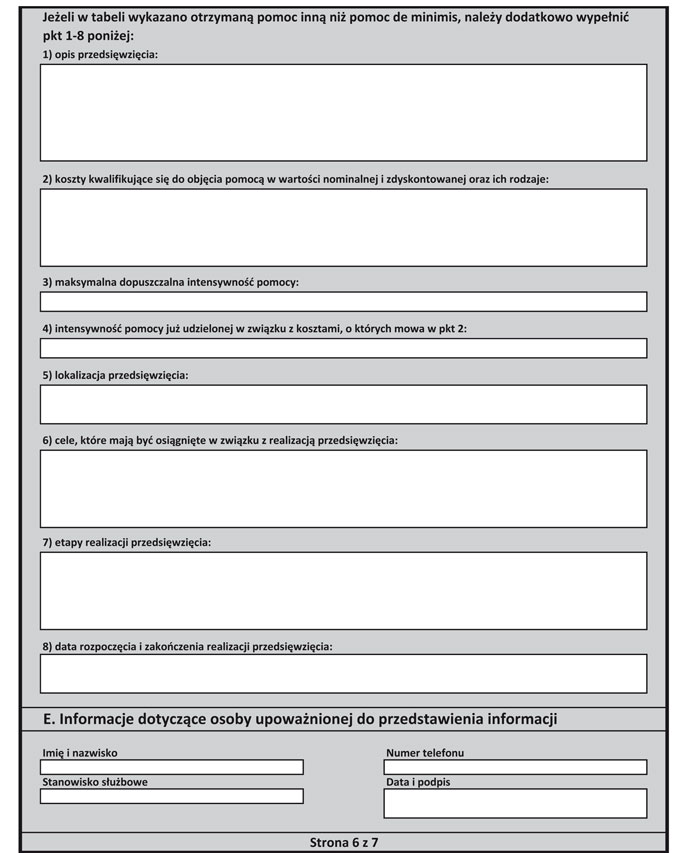


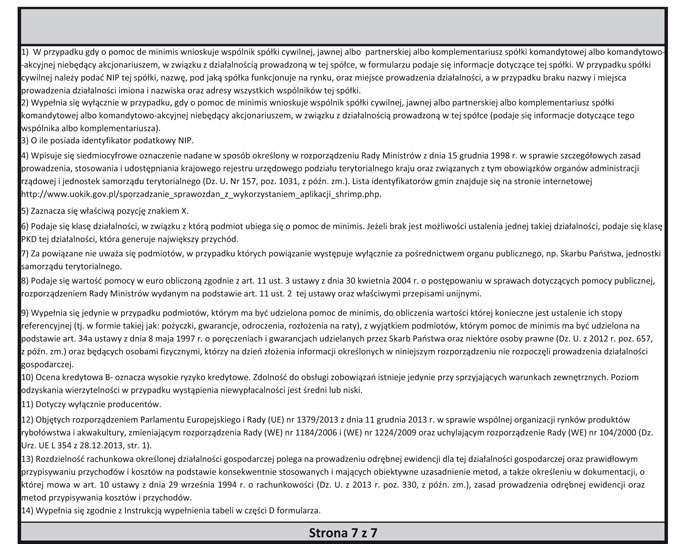


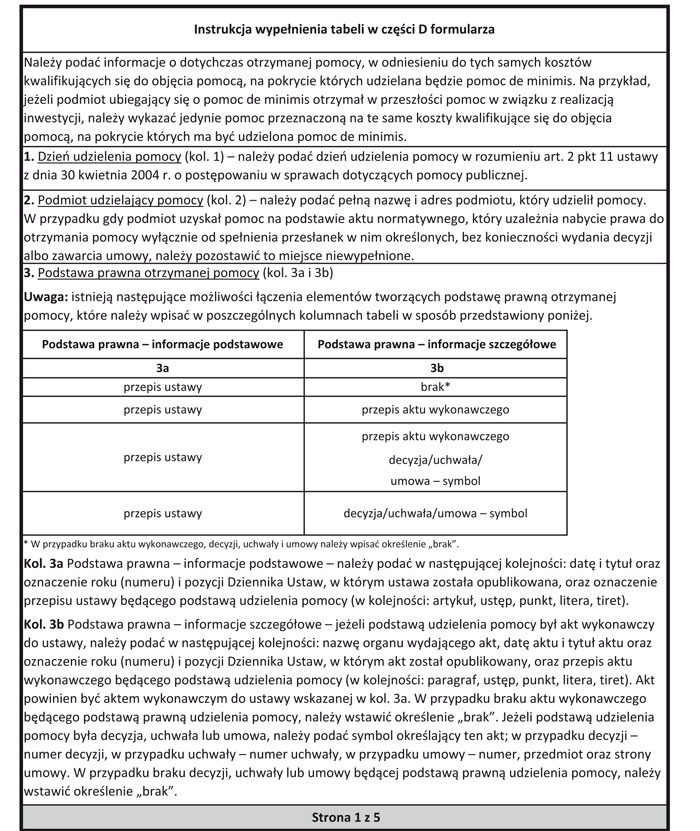


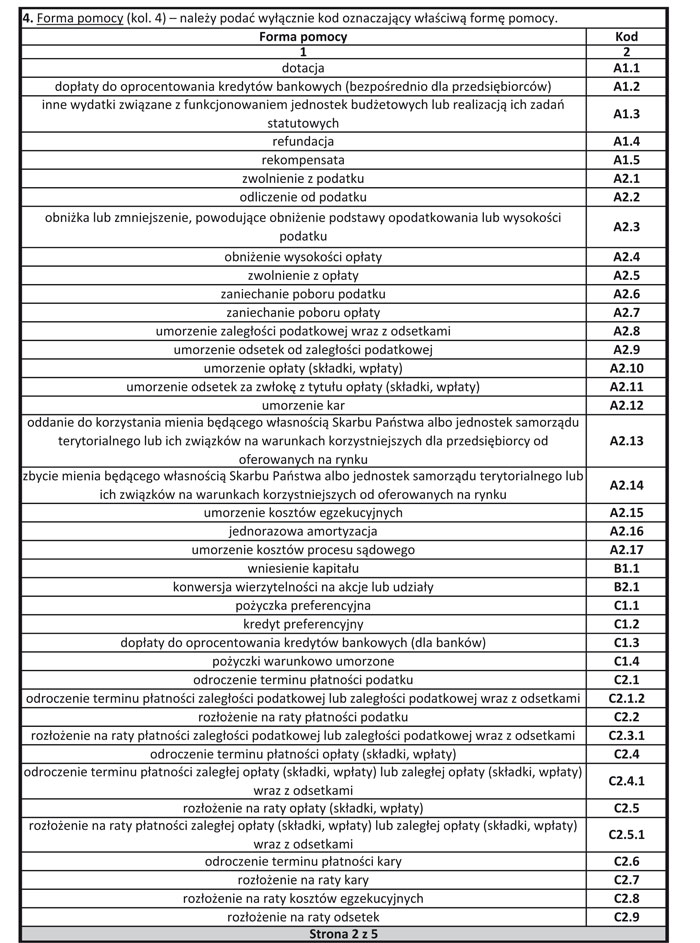


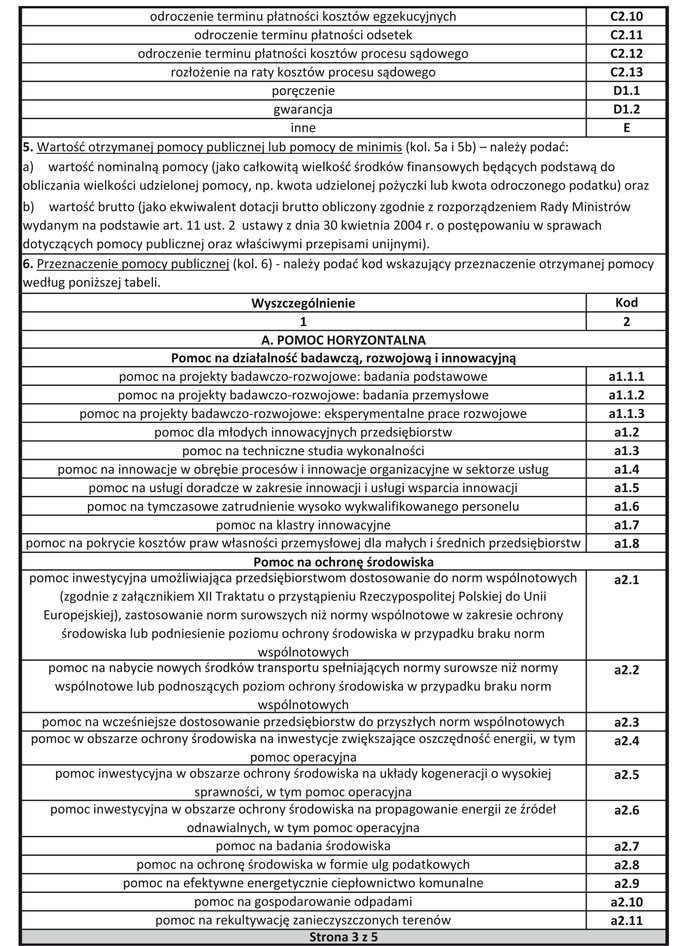


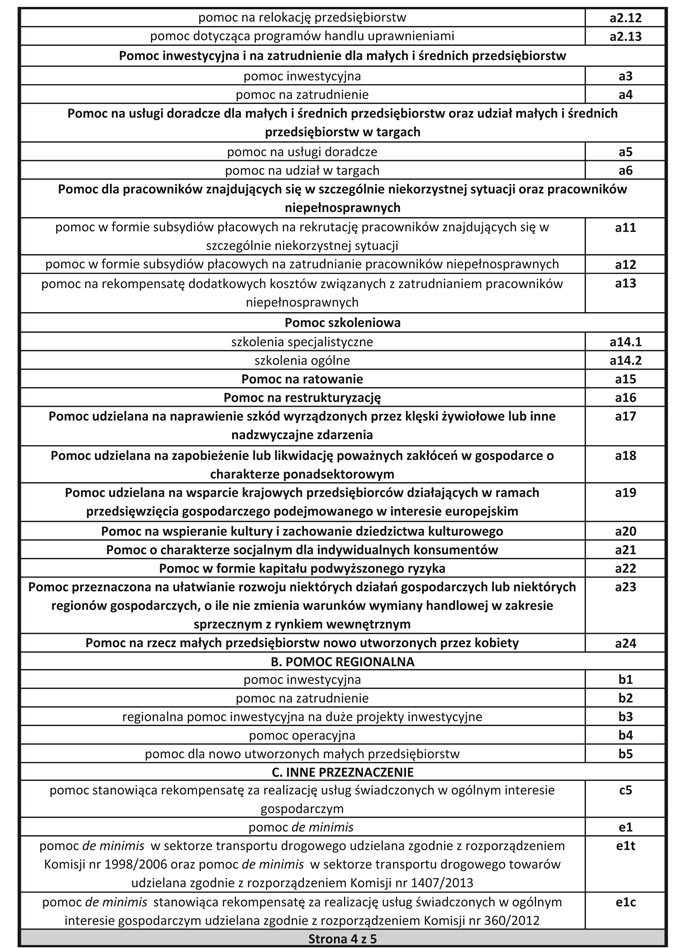


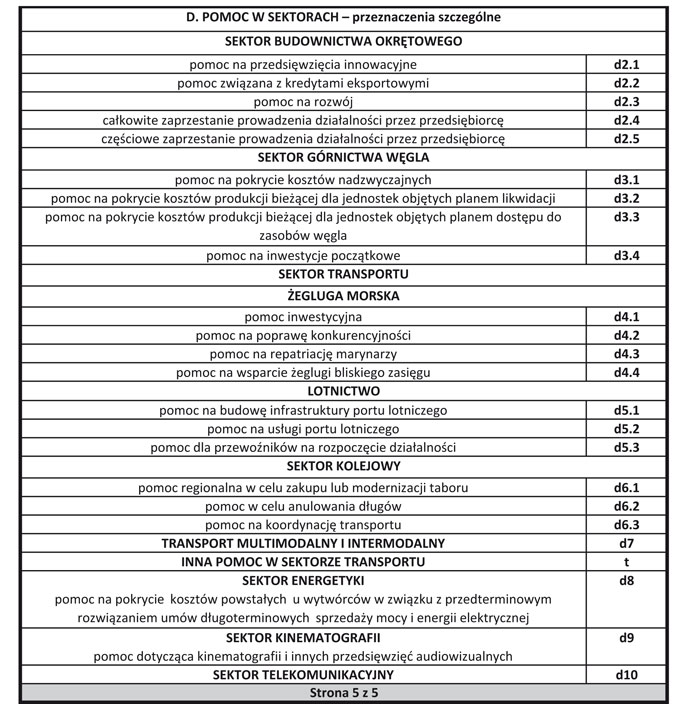












1. \* **niepotrzebne skreślić** [↑](#footnote-ref-1)
2. \* **niepotrzebne skreślić** [↑](#footnote-ref-2)
3. **\* dzień poprzedzający datę złożenia wniosku** [↑](#footnote-ref-3)
4. \* **niepotrzebne skreślić** [↑](#footnote-ref-4)
5. \* **niepotrzebne skreślić** [↑](#footnote-ref-5)