 **POWIATOWY URZĄD PRACY W BYTOWIE**

ul. Wojska Polskiego 6, 77-100 Bytów, tel. 598222227, fax. 598234102; [gdby@praca.gov.pl](mailto:gdby@praca.gov.pl)

ul. Gen. Sikorskiego 1, 77-200 Miastko, tel. 598575119, fax. 598570600; [gdbymi@praca.gov.pl](mailto:gdbymi@praca.gov.pl)

www: <http://bytow.pup.pl> ePUAP: /PUPBYTOW/SkrytkaESP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

( miejscowość , data )

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

( pieczęć pracodawcy )

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Bytowie**

**WNIOSEK**

**o zatrudnienie bezrobotnego do 30 roku życia, w ramach bonu zatrudnieniowego**

Zgodnie z art. 66 m ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
(Dz.U. z 2025 r. poz. 214 t.j.), **wnioskuję o zatrudnienie na okres 18 miesięcy w ramach bonu zatrudnieniowego i skierowanie do pracy:**

**Pana/Pani …………………………………………………………………………………………………….** (imię i nazwisko osoby bezrobotnej, PESEL, nr ewidencyjny bonu)

**oraz wnioskuję o przyznanie środków z Funduszu Pracy w formie refundacji części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem w/w osoby w wysokości zasiłku dla bezrobotnych przez okres 12 miesięcy od dnia zatrudnienia.**

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

1. Nazwa i adres siedziby pracodawcy , e -mail, tel. .........................................................................................................

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

1. Miejsce prowadzenia działalności …………….……………………………………….……………………………...

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

1. Nr w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej REGON ......................................................................

PKD ........................................................Nr identyfikacji podatkowej NIP ..................................................................

4. Forma organizacyjno- prawna prowadzonej działalności...............................................................................................

5. Data rozpoczęcia działalności ........................................................................................................................................

w zakresie.......................................................................................................................................................................

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

6. Forma opodatkowania ………………………………………………………………………….……………………....

stawka podatkowa ……………………………………………..%

7. Nazwa banku i numer rachunku bankowego …………………………………………………………………………..

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

8. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe …………………………………………………

9. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

(bez uczniów) ………………………………………………………………………………………………...………...

10. Osoba wskazana do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Bytowie:

…………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej)

11. W okresie ostatnich **12 miesięcy** przed złożeniem wniosku zatrudnienie (w przeliczeniu na pełne etaty)

przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc , rok** | **Liczba pracowników ogółem\*** | **Lp.** | **Miesiąc , rok** | **Liczba pracowników ogółem\*** |
| 1 |  |  | 7 |  |  |
| 2 |  |  | 8 |  |  |
| 3 |  |  | 9 |  |  |
| 4 |  |  | 10 |  |  |
| 5 |  |  | 11 |  |  |
| 6 |  |  | 12 |  |  |

\* bez umów cywilnoprawnych, urlopów macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych, uczniów

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO MIEJSCA ZATRUDNIENIA:**

1. Proponowany okres zatrudnienia: od ...................................................... do..............................................................

2. Miejsce wykonywania pracy...........................................................................................................................................

3. Nazwa stanowiska ………..............................................................................................................................................

4. Rodzaj wykonywanej pracy……..................................................................................................................................... 5. Wynagrodzenie miesięczne (brutto)................................................................................................................................

Zobowiązuję się / nie zobowiązuję się\* do zatrudnienia osoby skierowanej do pracy w ramach bonu zatrudnieniowego na co najmniej 1 miesiąc po okresie obowiązkowego zatrudnienia.

……………………………………………….

(data, podpis i pieczęć pracodawcy)

\*właściwe podkreślić

**Niniejszym oświadczam, że jestem/ nie jestem\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy   
z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362 z późn. zm.).**

**UWAGA:**

**Beneficjent pomocy publicznej –** podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który ubiega się o pomoc publiczną, (Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, Dz .U. z 2018 r. , poz. 362 z późn.zm.).

**Działalnością gospodarczą jest** zarówno działalność produkcyjna, dystrybucyjna jak i usługowa, nawet jeżeli nie jest ona nastawiona na osiąganie zysku, (Ustawa z dnia 6 marca 2018r. prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646 późn.zm.).

**Integralną część wniosku stanowią załączniki:**

1. Załącznik nr 1 (oświadczenie pracodawcy o wielkości podmiotu),
2. Załącznik nr 2 (oświadczenie pracodawcy o niezaleganiu z opłatami ),
3. Załącznik nr 3 (oświadczenie o uzyskanej pomocy publicznej oraz zaświadczenie w przypadku otrzymania pomocy de minimis) – dotyczy beneficjentów pomocy publicznej,
4. Załącznik nr 4 (zgłoszenie krajowej oferty pracy),
5. Załącznik nr 5 ( karta informacyjna dotycząca współpracy pracodawcy z PUP),
6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. – dotyczy beneficjentów pomocy publicznej
7. Załącznik nr 7 Pouczenie dotyczące zasad realizacji bonu zatrudnieniowego.

Zgodnie z art. 75§2 KPA, uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8” oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią wniosku i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych w zakresie świadczenia usług rynku pracy oraz oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r.  (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu zorganizowania prac interwencyjnych.

Data ....................................... ...................................................................................

(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

\* właściwe podkreślić

**Podstawa prawna:**

* Ustawa z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 214 t.j.) Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018r. poz. 362 z późn. zm.),

**W przypadku, gdy Wnioskodawca podlega przepisom o pomocy publicznej zastosowanie ma*:***

* Rozporządzenie 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 24.12.2013 r.) lub
* Rozporządzenie 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 r.) lub
* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. 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 r.).

załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE

Niniejsze oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8.”

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018r. prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646), oświadczam że spełniam przesłanki określone w art.7 ust.1:

**1. jestem mikroprzedsiębiorcą**\*, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

* zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz
* osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro,

**2**.  **jestem małym przedsiębiorcą\***, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

* zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz
* osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i sług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro,

**3. jestem średnim przedsiębiorcą\***, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

* zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz
* osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.

**4. inne niż wskazane w pkt 1-3\***

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

(data i podpis składającego oświadczenie)

\* właściwe podkreślić

załącznik nr 2

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Niniejsze oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8.”

**nie zalegam/zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

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

(data i podpis składającego oświadczenie)

\* właściwe podkreślić

załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE**

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 m-cy do lat 8”, oświadczam, że :

1. w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem(am)\* pomoc na zasadach de minimis (jeśli otrzymałem(am) należy podać wysokość ……………………………….......………………… złotych, co stanowi ………………………………… euro).
2. w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem(am)\* pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis (jeśli otrzymałem(am), należy podać wysokość ……………………….……….. złotych, co stanowi …………………..…….……….. euro, z przeznaczeniem na ………………………..................................................).

…………………………………………………………………

\*niewłaściwe skreślić (data i czytelny podpis składającego oświadczenie)

**Uwaga!**

***W przypadku otrzymania w/w pomocy należy dołączyć wszystkie zaświadczenia***

***potwierdzające jej uzyskanie.***

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY/OFERTY PRACY DLA OBYWATELI EOG**

załącznik nr 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFERTA PRACY: OTWARTA ZAMKNIĘTA**  **ROBOTY PUBLICZNE  PRACE INTERWENCYJNE PRACE SPOŁECZNIE UŻYTECZNE**  **DOPOSAŻENIE I WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY**  **OCZEKIWANIA PRZETŁUMACZENIA OFERTY PRACY PRZEZ URZĄD PRACY NA JĘZYKI OBCE:**  **J. ANGIELSKI J. BIAŁORUSKI J. UKRAIŃSKI  J. ROSYJSKI**  Inne informacje dotyczące oferty…………………………………………………………………………………………...  **I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** | | | | | | | | | | |
| 1. 1. Nazwa pracodawcy 2. ………………………………………………………………….. | | | | | 3. Adres pracodawcy    kod pocztowy ………………………………….  ulica …………………………………………..  miejscowość ………………………………….  e-mail ………………………………… fax ………………………….. | | | | | |
|
| 2. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów           ………………………………………………………..  2a. telefon lub inny sposób porozumiewania się  …………………………………………………………… | | | | |
| 6. Forma prawna \*  1) osoba fizyczna  2) spółka cywilna  3) spółka z o.o.  4) spółka akcyjna  5) przedsiębiorstwo państwowe  6) inne ................................... | | | | | |
| 4. Numer Statystyczny pracodawcy (REGON)  NIP.......................................................... | 5. Podstawowy rodzaj  działalności wg PKD | | | |
| 7. Liczba zatrudnionych pracowników: | | | | 8. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia? TAK NIE | | | | | | |
| **II. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁOSZONEGO MIEJSCA ZATRUDNIENIA LUB INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ** | | | | | | | | | | |
| 9. Nazwa zawodu  ................................................ | 11. Nazwa stanowiska  ………………………….  ………………………..  ………………………… | | | | 12. Liczba wolnych miejsc zatrudnienia,  w tym dla osób niepełnosprawnych | | | | | |
| 10. Kod zawodu wg klasyfikacji  zawodów i specjalności   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | 13. Wnioskowana liczba kandydatów | | | | | |
| 14. Miejsce wykonywania  pracy.........................................  ………………………………..  ……………………………….. | 15. Dodatkowe informacje  zakwaterowanie, dojazdy,  wyżywienie itd.)  .........................................  …....................................... | | | | 16. Rodzaj umowy \*  1) na czas nieokreślony  2) na czas określony  3) na okres próbny  4) o pracę w zastępstwie  5) zlecenie  6) inne ……………….  16a. Okres zatrudnienia:    od ..………… do ………………. | | | 17. System i rozkład czasu pracy \*  1) jednozmianowa  2) dwie zmiany  3) trzy zmiany  4) ruch ciągły  5) inne  17a. Godziny pracy  …………………………………  17b. Wymiar czasu pracy  ………………………………... | | |
| 18.Wysokość proponowanego wynagrodzenia (BRUTTO)  ………………………………….  18a. System wynagrodzenia  (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja )  …………………………………. | | | 19. Forma kontaktów kandydatów z pracodawcą poza wymaganym **kontaktem osobistym**: \*  1) telefoniczny  2) e-mail  3) inny ………………… | | | | 20. Okres aktualności oferty ………………  20a. Częstotliwość kontaktów pośrednika PUP     w celu aktualizacji oferty ………………. | | | |
| 21. Wymagania - oczekiwania pracodawcy  1) wykształcenie  .................................................................................  2) kierunek / specjalność  ……………………………………………………  3) staż pracy  .................................................................................  4) uprawnienia / umiejętności  ................................................................................ | | | 22. Ogólny zakres obowiązków  ……………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| 23. Proponowany zasięg upowszechniania oferty pracy :  □ Polska □ UE □ EOG \*\*  23a. Dokumenty wymagane na rozmowę kwalifikacyjną:  ………………………………………………………………. | | | | | | 24. Sposób zgłoszenia oferty: \*  1) e-mail/ fax  2) poczta  3) kurier  4) osobiście  5) telefon | |
| 25. Czy oferta jest ofertą pracy tymczasowej w rozumieniu art. 19 g Ustawy (dotyczy agencji zatrudnienia)? **TAK/NIE\*** | | | | | | | | | | |
| 26. Czy oferta została zgłoszona do innego Powiatowego Urzędu Pracy?   **TAK/NIE\***  27. Czy oferta ma być przekazana do innych urzędów pracy w celu upowszechnienia w ich siedzibach?   **TAK/NIE\*** Jeżeli TAK,  do których?..........................................................................................................................................................................................  28. **Czy pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa (podstawa prawna art. 36 ust. 5f Ustawy z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023r. poz. 735 t.j. z późn. zm.) TAK/NIE\***  29. Pracodawca **WYRAŻA ZGODĘ/ NIE WYRAŻA ZGODY\*** na podawanie do wiadomości publicznej danych umożliwiających jego identyfikację. | | | | | | | | | | |
| **III. ADNOTACJE URZĘDU PRACY** | | | | | | | | | | |
| 30. Data przyjęcia zgłoszenia  ….……………………………………… | | 31. Numer zgłoszenia  ………………………. | | | | 32. Imię i nazwisko pracownika przyjmującego ofertę pracy  …………………………………………………………………………….. | | | |  |

**\* właściwe podkreślić**

**\*\* jeśli zasięg oferty pracy określony został: „terytorium Polski i państwa EOG”, prosimy o wypełnienie 2-giej strony formularza**

|  |
| --- |
| 2  **Dotyczy pracodawców szczególnie zainteresowanych upowszechnieniem krajowej oferty pracy, na terenie państw EOG**      Wymagania dot. kandydatów:  - znajomość języka polskiego, z określeniem poziomu jego znajomości:........................................................  ...........................................................................................................................................................................  - wymagania dotyczące języka, w jakim kandydaci z państw EOG zainteresowani ofertą pracy dla obywateli EOG mają przekazać pracodawcy krajowemu podania o pracę, życiorysy lub inne wymagane dokumenty: …..................................................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................................  - możliwość zapewnienia pracownikowi zakwaterowania lub wyżywienia z informacją, kto ponosi koszty w tym zakresie: ................................................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................................  - możliwości i warunki sfinansowania lub dofinansowania kosztów podróży lub przeprowadzki, ponoszonych przez pracownika: …..................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................................  - przyczyny wykonywania pracy w miejscu innym niż siedziba pracodawcy krajowego, w przypadku zaistnienia takiej sytuacji: …............................................................................................................................  ...........................................................................................................................................................................  - wybrane państwa EOG, w których oferta ma zostać dodatkowo upowszechniona: .…................................  ...........................................................................................................................................................................  - inne informacje niezbędne ze względu na charakter wykonywanej pracy: …...............................................  .......................................................................................................................................................................... |

załącznik nr 5

**KARTA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA WSPÓŁPRACY PRACODAWCY Z PUP**

Informacja o umowach zawartych z PUP w roku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc w ciągu **dwóch poprzedzających go lat.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Forma pomocy | Wskazać PUP, nr i datę umowy | Termin umowy od-do | Liczba osób skierowanych przez PUP  w ramach umowy | Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umowy | Pomoc finansowa uzyskana z PUP | Wywiązanie się z zawartych umów(tak/nie) | Uwagi |
| 1 | Staże |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Prace interwencyjne |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Roboty publiczne |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Dotacje |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Inne |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga**

W tabeli należy uwzględnić umowy zawarte ze wszystkimi urzędami pracy w rtoku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc, oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat.

W przypadku braku pomocy w ramach danej pomocy- wpisać ***nie korzystał.***

…………………………………………………………

(pieczęć i podpis pracodawcy)

załącznik nr 6

**POUCZENIE dotyczące zasad realizacji bonu zatrudnieniowego**

Bon zatrudnieniowy przyznawany jestna wniosek bezrobotnego do 30 roku życia i **stanowi dla pracodawcy gwarancję refundacji części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne** w związku z zatrudnieniem bezrobotnego, któremu Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie przyznał ten bon.

Bezrobotny, który otrzymał bon zatrudnieniowy **w terminie określonym w bonie** podejmuje próbę znalezienia pracodawcy, który zatrudni go na okres 18 miesięcy na zasadach określonych dla tego bonu;

**Realizacja bonu zatrudnieniowego i skierowanie osoby bezrobotnej do pracy następuje na podstawie umowy zawieranej przez Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie z pracodawcą, w oparciu o złożony przez pracodawcę „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”.**

**Na podstawie zawartej umowy:**

* Pracodawca jest zobowiązany do zatrudniania skierowanego bezrobotnego przez okres **18 miesięcy**.
* Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie refunduje pracodawcy część kosztów wynagrodzenia   
  i składek na ubezpieczenia społeczne, przez okres **12** **miesięcy**, w wysokości zasiłku dla bezrobotnych   
  ( od 1 czerwca 2019r, kwota – **861,40 zł / miesięcznie**).
* Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres   
  **6** **miesięcy** po zakończeniu okresu refundacji**.**

**W przypadku niewywiązania się pracodawcy z obowiązku zatrudniania bezrobotnego przez okres 18 miesięcy pracodawca zwraca:**

1) kwotę otrzymanej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, jeżeli niespełnienie obowiązku nastąpiło w okresie do 12 miesięcy od dnia zatrudnienia bezrobotnego **lub**

2) kwotę ustaloną proporcjonalnie do okresu nieutrzymania zatrudnienia wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, jeżeli niespełnienie obowiązku nastąpiło w okresie 6 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (bez wypowiedzenia z winy pracownika) lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego **pracodawca nie zwraca refundacji** otrzymanej za okres zatrudnienia skierowanego bezrobotnego.

Refundacja pracodawcy części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne w ramach bonu zatrudnieniowego **stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis**.

***Podstawa prawna:***

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r., o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 735 t.j. z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r.,, poz. 362, z późn. zm.).
3. 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 352/1) **lub** 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 352/9) **lub** rozporządzenie Komisji (UE) **Nr 717/2014** z dnia 27 czerwca 2014r. 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).
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53 poz. 311 z późn. zm.).

**Zapoznałem/łam się z treścią niniejszego pouczenia oraz przepisami regulującymi zasady udzielania pomocy *de minimis* i jestem świadomy/a uprawnień i obowiązków z nich wynikających.**

Data…………………………. …….…………………………………………..... podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania