******

 ***Powiatowy Urząd Pracy***

 ***ul. Kosynierów 46***

 ***63-000 Środa Wielkopolska***

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

pieczęć firmowa pracodawcy miejscowość , data

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

 DATA WPŁYWU pozycja w rejestrze

**W N I O S E K**

**O ZWROT CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH PRZEZ PRACODAWCĘ NA WYNAGRODZENIE, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM REPATRIANTA***zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji (t.j. Dz. U. 2018 poz. 609) oraz rozporządzeniem Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023).*

1. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**
2. **Pełna nazwa pracodawcy**

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

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

1. **Adres siedziby**

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

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

1. **Forma prawna** ……………………………………………………………..……………….…………………………………………..……………..…
2. **Data rozpoczęcia działalności** …………………………………………..…….…….…………………………………..…………………..……
3. **PKD (przeważające)** …………………………………………..……..……………………………………..…...…………………..…
4. **NIP** …………………..………………………….……………..……. **REGON** …………………….…………..……..………………….
5. **Wielkość przedsiębiorstwa** ……………………………………………………………………………………………………………………..……

(mikroprzedsiębiorstwo, przedsiębiorstwo: małe, średnie, duże)

1. **Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe** ……………………………………………….
2. **Numer rachunku bankowego**

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

1. **Osoba upoważniona do kontaktu z Urzędem**

imię i nazwisko ………………..……………………………………………………………………

nr telefonu………………..……………………………………………………………………

e-mail ………………..……………………………………………………………………

1. **Osoby upoważnione do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy**

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

1. **Aktualny stan zatrudnienia w przedsiębiorstwie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……….**…… **oraz** t**ermin dokonywania wypłat wynagrodzeń pracownikom** ………………………………………
2. **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZWROTU CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH PRZEZ PRACODAWCĘ NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM REPATRIANTA.**
3. **Imię i nazwisko oraz data urodzenia repatrianta przewidzianego do zatrudnienia**

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

1. **Miejsce zamieszkania repatrianta**

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

1. **Data uzyskania obywatelstwa polskiego przez repatrianta** …………………………………………………………………….
2. **Nazwa dokumentu tożsamości repatrianta, nr, data wydania** …………………………………………………………………
3. **Proponowany okres zatrudnienia repatrianta (co najmniej 24 miesiące)**

**od** ……………………………...….. **do** …………………………….….. **w pełnym wymiarze czasu pracy**.

1. **Wnioskowany okres refundacji**

**od** ………….………………………………….….. **do** ………….……………………….………………….…..

1. **Adres miejsca pracy repatrianta**

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

1. **Nazwa stanowiska pracy repatrianta** ………………………………………………………………………………………………………..
2. **Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto** ………………………….……………………. **zł/m-c**
3. **Wnioskowana wysokość refundacji**  …………………………………………………. **zł/m-c**

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

1. **Zobowiązuję się do nawiązania stosunku pracy z repatriantem na okres co najmniej 24 miesięcy. Koszty zatrudnienia repatrianta po okresie refundacji ponosi wyłącznie pracodawca.**
2. **Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
3. **Nie dotrzymałem / dotrzymałem\*** warunków innych umów zawartych z organami zatrudnienia;
4. **Nie otrzymałem/otrzymałem** innej pomocy ze środków publicznych udzielonej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowalnych, co wnioskowany zwrot części kosztów poniesionych przez pracodawcę na wynagrodzenia dla repatrianta;
5. **Spełniam/nie spełniam** warunki rozporządzenia komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L,2023/2831 z 15.12.2023);
6. **Prowadzę / nie prowadzę** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, przez 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej.

**Pkt. 5 i 6 dotyczy wyłącznie podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą**

\*zakreślić właściwe

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

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

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. **Wydruk z CEiDG lub KRS**.
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 (jeśli występuje)
4. **Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego** o niezaleganiu w podatkach (wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem złożenia wniosku o zwrot części kosztów)
5. **Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy lub na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (wydane nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem złożenia wniosku o zwrot części kosztów)
6. **Oświadczenie o pomocy de minimis** otrzymanej przez przedsiębiorcę /załącznik nr 1/
7. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*** /załącznik nr 2/
8. **Opinia doradcy zawodowego** Powiatowego Urzędu Pracy w Środzie Wielkopolskiej o predyspozycji repatrianta do wykonywania pracy, w związku z którą może nastąpić zwrot kosztów.
9. **Decyzja o potwierdzeniu posiadania obywatelstwa polskiego** przez repatrianta **(**kopia)
10. **Decyzja o zmianie nazwiska/imienia noszonego repatrianta** (jeżeli została wydana) (kopia)