



.....  
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).*

#### **A. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

**1. Pełna nazwa pracodawcy**

.....  
.....

**2. Adres siedziby**

.....  
.....

**3. Forma prawna** .....

**4. Data rozpoczęcia działalności** .....

**5. PKD (przeważające)** .....

**6. NIP** .....

**REGON** .....

**7. Wielkość przedsiębiorstwa** .....

(mikroprzedsiębiorstwo, przedsiębiorstwo: małe, średnie, duże)

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

**9. Numer rachunku bankowego**

.....

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

imię i nazwisko .....

nr telefonu .....

e-mail .....

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

.....

**12. Aktualny stan zatrudnienia w przedsiębiorstwie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ..... oraz termin dokonywania wypłat wynagrodzeń pracownikom .....**

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZWROTU CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH PRZEZ PRACODAWCĘ NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM REPATRIANTA.**

**1. Imię i nazwisko oraz data urodzenia repatrianta przewidzianego do zatrudnienia**

.....

**2. Miejsce zamieszkania repatrianta**

.....

**3. Data uzyskania obywatelstwa polskiego przez repatrianta .....**

**4. Nazwa dokumentu tożsamości repatrianta, nr, data wydania .....**

**5. Proponowany okres zatrudnienia repatrianta (co najmniej 24 miesiące)**

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

**6. Wnioskowany okres refundacji**

od ..... do .....

**7. Adres miejsca pracy repatrianta**

.....

**8. Nazwa stanowiska pracy repatrianta .....**

**9. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto ..... zł/m-c**

**10. Wnioskowana wysokość refundacji ..... zł/m-c**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka 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 właściwie

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka 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)

.....  
(pieczętka 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)