



URZĄD PRACY

# POWIATOWY URZĄD PRACY W GNIEŹNIE

62-200 Gniezno, ul. Sobieskiego 20

tel. 61 426 16 49, 61 426 44 34 fax 61 426 11 62 e-mail pupgniezno@gniezno.praca.gov.pl

.....  
pieczęć firmowa pracodawcy

.....  
miejscowość , data

.....  
DATA WPLYWU

.....  
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 (Dz. U. 2019 r., poz.1472) oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. u. z 2010 r., Nr 53, poz. 311 z późn. zm.)*

#### 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)

.....  
(pieczęć 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. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskałem / uzyskałem\*** innej pomocy niż pomoc *de minimis* (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się / kumuluje się\*** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji 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 pomoc *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie;
5. **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;
6. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki rozporządzenia 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);
7. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki rozporządzenia (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)
8. **Nie zmniejszyłem / zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy pracownika i **nie rozwiązałem / rozwiązałem \*** stosunku pracy z pracownikiem za wypowiedzeniem dokonany przez pracodawcę lub na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz , że nie dokonam powyższego od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
9. **Prowadzę /nie prowadzę** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym, że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej (dotyczy wyłącznie podmiotów prowadzących działalność gospodarczą)

\*zakreślić właściwie

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis pracodawcy/przedsiębiorcy lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

**Pouczenie:**

O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku pracodawca powiadamiany jest w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego i prawidłowo sporządzonego wniosku i innych niezbędnych do jego rozpatrzenia dokumentów. Bieg terminu rozpatrzenia wniosku rozpoczyna się od daty złożenia ostatniego dokumentu (załącznika). W przypadku odmowy uwzględnienia wniosku Dyrektor Urzędu podaje przyczynę odmowy.

Podpisanie umowy o zwrot części kosztów poniesionych przez pracodawcę na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem repatrianta nastąpi w terminie do 1 miesiąca od daty doręczenia pracodawcy pisemnej informacji o uwzględnieniu wniosku. Niedostarczenie dokumentów koniecznych do podpisania umowy oraz niepodpisanie umowy w ww. terminie z przyczyn leżących po stronie pracodawcy, traktowane będzie jako rezygnacja pracodawcy z przyznanej refundacji.

.....  
(miejsowość, 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 opłaceniu 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 wysokości otrzymanej przez przedsiębiorcę pomocy *de minimis* /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 Gnieźnie o predyspozycji repatrianta do wykonywania pracy, w związku z którą może nastąpić zwrot kosztów.

**Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis**

Imię i nazwisko lub Nazwa Wnioskodawcy.....

Numer identyfikacji podatkowej.....

Adres i siedziba Wnioskodawcy.....

**INFORMACJA O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS****Zestawienia pomocy publicznej otrzymanej w okresie****od dnia ..... do dnia ..... (wstawić datę ubiegania się o pomoc).**

Oświadczam, że suma wartości pomocy wliczanej do pomocy de minimis, obliczona zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018r., poz. 362 z późn. zm.), otrzymana przez (imię i nazwisko/ nazwa Wnioskodawcy) ..... w bieżącym roku kalendarzowym oraz w dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych wynosi brutto..... zł, co stanowi równowartość ..... EUR\*\*

Na sumę tę składa się pomoc uzyskana przez ..... (imię i nazwisko/ nazwa Wnioskodawcy) z następujących tytułów:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w [EURO]	Wartość wliczana do de minimis
1.						
2.						
3.						

Jednocześnie zobowiązuję się do dostarczenia do PUP Gniezno\* zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej po dniu złożenia przedmiotowego wniosku a przed dniem podpisania umowy o przyznanie dofinansowania, wydanych zgodnie ze wzorem zawartym w załączniku do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie zaświadczeń o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie (Dz. U. z 2015r., poz. 1983 z późn. zm.).

Dane osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko .....

Stanowisko służbowe.....

Data i podpis.....

\* Należy podać nazwę podmiotu udzielającego pomocy publicznej/pomocy de minimis.

\*\* Należy podać wartość pomocy w euro ustaloną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018r., poz. 362 z późn. zm.).