Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2014 r. (poz. 865)

.......…........................... , dnia .........................

(miejscowość)

## Wojewódzka Komenda OHP Centrum Edukacji i Pracy Młodzieży

## w ............................................................

**Wniosek**

**o zawarcie umowy o refundację wynagrodzeń wypłacanych młodocianym pracownikom oraz składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanych wynagrodzeń**

l. Nazwa pracodawcy i adres siedziby: .............................................................................................

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

Reprezentowana/y przez ……........................................................................................................... 2. Miejsce prowadzenia działalności: ................................................................................................

3. Numer konta bankowego, na które przekazywana będzie wypłata refundacji:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

4. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ...........................................................................................

5. Oznaczenie prowadzonej działalności według PKD: ....................................................................

6. Forma prawna prowadzonej działalności: .....................................................................................

7. Nazwa(-wy) dokumentów poświadczających uprawnienia do prowadzenia przygotowania zawodowego młodocianych pracowników (oryginały lub kopie w załączeniu):

a) ................................................................................................................................................... ,

b) .....................................................................................................................................................

## Wykaz imienny młodocianych pracowników, których dotyczy wniosek o zawarcie umowy o refundację

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię**  **i nazwisko młodocianego** | **Nr PESEL** | **Data zawarcia umowy o pracę w celu przygotowania zawodowego na czas nieokreślony, w tym czas trwania przygotowania zawodowego** | **Nazwa zawodu lub zakres przyuczenia, w których odbywa się przygotowanie zawodowe** | **Forma odbywania przygotowania zawodowego (nauka zawodu**  **albo przyuczenie**  **do wykonywania określonej pracy)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

(podpis pracodawcy)

Oświadczam, że:

l. W dniu składania wniosku liczba osób zatrudnionych wynosi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba pracowników ogółem** | **w tym młodociani pracownicy** | | |
| **I rok** | **II rok** | **III rok** |
|  |  |  |  |  |

1. Liczba młodocianych pracowników, którzy w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia wniosku ukończyli przygotowanie zawodowe, wynosi .................. osób.
2. Liczba młodocianych pracowników, którzy ukończyli przygotowanie zawodowe w okresie ostatnich trzech lat przed dniem złożenia wniosku i kontynuowali zatrudnienie przez okres co najmniej 6 miesięcy lub nadal są zatrudnieni, wynosi ...................osób.
3. Nie korzystam w innej wojewódzkiej komendzie Ochotniczych Hufców Pracy z refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne od wynagrodzeń młodocianych pracowników.
4. Po zakończeniu przygotowania zawodowego obecnie zatrudnionych młodocianych pracowników będę nadal ich zatrudniać na podstawie umowy o pracę przez okres co najmniej 6 miesięcy.

**Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam podpisem.**

……………………………………..

(podpis pracodawcy)

**INFORMACJA DODATKOWA NIEZBEDNA DO ZAWARCIA UMOWY O REFUNDACJĘ.**

którą należy złożyć wraz z wnioskiem o zawarcie umowy o refundację

1. Imię i nazwisko osoby reprezentującej stronę (pracodawcę) w umowie o refundację

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

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów roboczych z CEiPM

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

1. Numer telefonu kontaktowego

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

1. Numer rachunku bankowego, na który należy przekazać środki finansowe z tyt. refundacji

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa Banku ..........................................................................................................................

1. Adres e-mail .......................................................................................................................

....................................... data, podpis i pieczątka pracodawcy

...................................., dnia .......................

(pieczęć wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zgodnie z deklaracją zawartą we wniosku o zawarcie umowy o refundację wynagrodzeń wypłacanych młodocianym pracownikom pkt. 5 (na podstawie Rozporządzenia MPiPS z dnia 30.06.2014 z póź. zmianami - § 3, ust. 2, pkt 9) – dotyczącą **zatrudnienia na podstawie umowy o pracę przez okres co najmniej 6 miesięcy** po zakończeniu przygotowania zawodowego młodocianych:

1. W oparciu o umowę z ŚWK OHP nr ..................................

a/ liczba młodocianych pracowników, którzy ukończyli przygotowanie zawodowe,

wynosi ........... osób

b/ liczba młodocianych pracowników, których zatrudniałem/am po zakończeniu

przygotowania zawodowego przez okres co najmniej 6 miesięcy wynosi ...........

osób

1. Nie zatrudnienie pracowników młodocianych po zakończeniu przygotowania

zawodowego miało miejsce z następujących powodów:

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

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

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

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

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

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem**

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

(podpis pracodawcy)

……………………………

(data, miejscowość)

………………………………………

(pieczęć pracodawcy)

**U P O W A Ż N I E N I E**

Oświadczam, że upoważniam do dokonywania korekt finansowych pracowników CEiPM w ………………. i pracowników WK OHP w ……………… we wnioskach o zwrot kosztów wynagrodzeń młodocianych pracowników i składek na ubezpieczenie społeczne. Korekty mogą być dokonywane w ramach czynności sprawdzających, które są niezbędne do wypłaty refundacji na podstawie ww. wniosku.

Korekta będzie dokonywana wyłącznie w przypadku powstania niewielkiego uchybienia (w tym omyłki pisarskiej) wynikającego z błędnych wyliczeń i zapisów kwot wynagrodzeń, składek na ubezpieczenie społeczne, wynagrodzeń chorobowych, a tym samym ogólnej kwoty do refundacji.

Jednocześnie oświadczam, że zrzekam się wszelkich roszczeń wobec CEiPM w …………   
i WK OHP w……………. oraz pracowników dokonujących korekt z tytułu dokonania przez jednostkę korekt wnioskowanych do refundacji kwot wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne.

……………………………………

(podpis i pieczęć pracodawcy)

(pieczęć nagłówkowa przedsiębiorstwa)

**WYKAZ OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu udzielającego pomocy de minimis** | **Dzień (data) udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w zł** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Razem** |  |  |

Dane osoby upoważnionej do podpisania w/ wskazanego wykazu o otrzymanej pomocy de minimis:

(imię i nazwisko) (stanowisko służbowe) (data) (podpis wraz z pieczątką)