

.....  
(pieczęć pracodawcy)

.....  
(data i miejsce złożenia wniosku)

## Do Prezydenta Miasta Wałbrzycha

Wniosek o zawarcie umowy o zwrot części kosztów związanych z aktywizacją zawodową repatrianta poniesionych przez Pracodawcę - wynagrodzenie, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne repatrianta

Podstawa prawna art. 23 ust. 1 pkt 2 lit. c oraz art. 25, ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji (Dz. U. z 2022 r. poz. 1105)

(wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanieść poprzez skreślenie i zaparafowanie dokonania zmiany)

### I. WNIOSKODAWCA:

1. Pełna nazwa zakładu pracy .....
2. Adres siedziby ..... nr tel. ....
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. Osoba reprezentująca pracodawcę .....
5. Numer NIP .....
6. Nr PKD .....
7. Numer REGON .....
8. Nr konta i nazwa banku wnioskodawcy .....
9. Rodzaj działalności .....
10. Data rozpoczęcia działalności.....

Wysokość wnioskowanej kwoty brutto (w zł) - (wysokości minimalnego wynagrodzenia o pracę, obowiązującego w grudniu roku poprzedniego, ustalonego na podstawie odrębnych przepisów, w okresie miesięcznym, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) .....

Środki własne brutto (w zł)  
.....

Zwrot części kosztów wyżej wymienionej aktywizacji zawodowej płatny w 12 miesięcznych ratach. Potwierdzeniem w/w kosztów wynagrodzenia, nagród i składek na ubezpieczenia społeczne są:

- lista płac;
- dokumenty dotyczące wysokości składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, dokumenty potwierdzające zapłacenie podatku od osób fizycznych oraz dokonanych na wymienione cele przelewów, w tym przelew na wynagrodzenie dla Repatrianta.

11. Forma prawna przedsiębiorcy: (należy zaznaczyć kod odpowiadający formie prawnej przedsiębiorcy)

Wyszczególnienie	Kod
Przedsiębiorstwo państwowe	1.A
Jednoosobowa spółka Skarbu Państwa	1.B
Jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej	1.C
Spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami dominującymi w rozumieniu przepisów o publicznym obrocie papierami wartościowymi	1.D
Przedsiębiorca nie należący do kategorii określonych kodem od 1.A do 1.D	2

12. Rodzaj przedsiębiorstwa\*\*

- przedsiębiorstwo niezależne (samodzielne)** - to przedsiębiorstwo, które nie ma żadnych przedsiębiorstw partnerskich ani związanych,
- przedsiębiorstwa partnerskie** - to przedsiębiorstwa, które nie są przedsiębiorstwami związanymi i które pozostają w następującym wzajemnym związku:
  - przedsiębiorstwo posiada samodzielnie lub wspólnie z jednym lub kilkoma przedsiębiorstwami związanymi, 25% lub więcej kapitału lub praw głosu w drugim przedsiębiorstwie,
- przedsiębiorstwa związane** - to przedsiębiorstwa, które pozostają w jednym z poniższych związków:
  - przedsiębiorstwo posiada większość praw głosu w innym przedsiębiorstwie; lub
  - przedsiębiorstwo posiada prawo do powołania/odwołania większości członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa; lub
  - przedsiębiorstwo posiada dominujący wpływ na działalność innego przedsiębiorstwa; lub
  - przedsiębiorstwo kontroluje większość praw głosu w innym przedsiębiorstwie.

13. Wielkość przedsiębiorstwa\*\*

- mikroprzedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które:
  - zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro,
- małe przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które:
  - zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro,
- średnie przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które:
  - zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro,
- inne**

14. Forma opodatkowania\*\*

- ryczałt  karta podatkowa  CIT  PIT na zasadach ogólnych

## II. CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA PRACY DLA REPATRIANTA

Po uprzednim zapoznaniu się z informacją dotyczącą organizacji aktywizacji zawodowej repatriantów:

1. Zatrudniam Repatrianta w ramach umowy o pracę na co najmniej 24 miesiące:

Panią/Pana.....

Adres.....

Nr telefonu.....

2. Osoba zatrudniona jest w okresie od.....do.....  
na stanowisku.....

3. Miejsce i rodzaj pracy wykonywanej przez repatrianta:

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

4. Pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi:

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

### Oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 6 miesięcy w naszym zakładzie pracy nie dokonywaliśmy zwolnień pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy.

2. Zatrudniam/nie zatrudniam\* ..... pracownika/-ów (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy – podać liczbę pracowników).

3. Nie toczy się w stosunku do zakładu pracy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

4. Deklaruję zatrudnienie repatrianta na podstawie umowy o pracę na okres co najmniej 24 miesięcy.

5. Jestem świadom(a) obowiązku zwrotu wypłaconych refundacji w przypadku naruszenia wymogów ustawowych oraz postanowień umowy jaka zostanie zawarta.

6. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Prezydenta Miasta Wałbrzycha, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Prezydentem Miasta Wałbrzycha zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

7. W okresie obowiązywania umowy nie stosuje się innych form aktywizacji zawodowej Repatrianta na zasadach określonych w ustawie z dnia 19 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2003 r. poz. 514, z późn. zm.).

8. Jeśli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Prezydentem Miasta Wałbrzycha otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis, zobowiązuję się wówczas do niezwłocznego złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Osoba upoważniona do składania wyjaśnień i kontaktów : .....

.....  
podpis i pieczęćka pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić

\*\*właściwe oznaczyć X

**Załączniki do wniosku :**

- 1) kopia zaświadczenia NIP;
- 2) kopia zaświadczenia REGON;
- 3) kopia dokumentu poświadczającego formę prawną pracodawcy;
- 4) kopia dokumentu określającego tytuł prawny do lokalu, w którym znajduje się stanowisko pracy Repatrianta;
- 5) aktualne zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy lub na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za zatrudnionych pracowników
- 6) aktualne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z podatkami;
- 7) dokumenty potwierdzające wynagrodzenie, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne Repatrianta;
- 8) kopia umowy o pracę na danym stanowisku w pełnym wymiarze czasu pracy przez co najmniej 24 miesiące;
- 9) poświadczenie obywatelstwa polskiego repatrianta;
- 10) opinie organów zatrudnienia o zawartych wcześniej innych umowach z pracodawcą;
- 11) opinia doradcy zawodowego Powiatowego Urzędu Pracy o predyspozycji Repatrianta do wykonywania pracy na danym stanowisku;
- 12) zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby bezrobotnej Repatrianta;
- 13) należy dołączyć wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz o pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie jakie otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie dwóch poprzednich lat kalendarzowych, albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie lub oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.

**ADNOTACJA URZĘDOWA:**

IMIĘ I NAZWISKO.....

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI.....

SERIA I NR.....

DATA WYDANIA.....

WYDANY PRZEZ.....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis przyjmującego