

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć pracodawcy), tel., e-mail

**Starosta Sępoleński**  
**ul. Kościuszki 11**  
**89-400 Sępólno Krajeńskie**

## WNIOSEK

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 listopada 2000 roku o repatriacji (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1472) zwracam się z wnioskiem o refundację części kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem Repatrianta

### I. WNIOSKODAWCA:

1. Pełna nazwa zakładu pracy:.....
2. Adres siedziby.....Nr tel. ....
3. Miejsce prowadzenia działalności.....
4. Osoba reprezentująca pracodawcę.....
5. Numer NIP.....Nr PKD.....
6. Numer REGON.....
7. Rodzaj działalności.....  
Data rozpoczęcia działalności.....
8. 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

### 9. 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.

### 10. 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**

11. Forma opodatkowania\*

- ryczałt  karta podatkowa  CIT  PIT na zasadach ogólnych

12. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego.....

13. Stan zatrudnienia (w przeliczeniu na pełne etaty) w firmie na dzień złożenia wniosku wynosi.....osób, a średni stan zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy wynosił.....osób

Lp.	Osoby zatrudnione w ostatnich 12 m	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1.	na podstawie umowy o pracę												
2.	młodociane												
3.	na urloпах macierzyńskich i wychowawczych												
4.	na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło												

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia podać przyczyny:

.....  
 .....

## II. CHARAKTERYSTYKA MIEJSCA PRACY DLA REPATRIANTA

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

1. Zgłaszam propozycję zatrudnienia 1 Repatrianta:

Pani.....

Adres.....

w ramach umowy o pracę na co najmniej 24 miesiące.

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

3. Miejsce i rodzaj pracy, które mają być wykonywane przez repatrianta:

.....

4. Pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi:

.....

\*właściwe oznaczyć X

### III. DOTYCHCZASOWA WSPÓLPRACA Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY

Forma	Liczba miejsc	W jakim okresie	Liczba zatrudnionych po wygaśnięciu umowy	Liczba zatrudnionych w chwili obecnej	Uwagi
Staż					
Przygotowanie zawodowe					
Prace interwencyjne					
Pożyczki, Dotacje					
Szkolenia					

#### Oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 6 miesięcy w naszym zakładzie pracy nie dokonywaliśmy zwolnień pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
2. Nie toczy się w stosunku do zakładu pracy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
3. Zakład pracy nie ma zobowiązań budżetowych,
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.

**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 z urzędem .....**

.....  
podpis i pieczętka pracodawcy

#### Załączniki:

1. Kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub aktualnego wyciągu z rejestru sądowego,
2. Kserokopia zaświadczenia REGON,
3. Zaświadczenie o nie zaleganiu w opłaceniu składek ZUS (aktualne),
4. Zaświadczenie o niewystępowaniu zaległości podatkowych w Urzędzie Skarbowym, (aktualne)
5. Informację o pomocy publicznej,
6. Zgłoszenie wolnego miejsca zatrudnienia.