Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

центру зайнятості

ЗАЯВА  
про надання компенсації фактичних витрат у розмірі єдиного   
внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування за працевлаштування зареєстрованих безробітних на нові робочі місця за направленням центру зайнятості

1. Інформація про суб’єкт малого підприємництва

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування юридичної особи/прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) фізичної особи — підприємця | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Місцезнаходження юридичної особи/місце проживання фізичної особи —підприємця | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Місце провадження господарської діяльності | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Код згідно з ЄДРПОУ/ реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи — підприємця або серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Поточний рахунок, найменування банку, МФО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Основний вид економічної діяльності | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Протягом останніх трьох років отримував незначну державну допомогу\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (так/ні) |
| Сукупний розмір незначної державної допомоги, отриманої протягом останніх трьох років, її форма, мета\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

2. Інформація про нове робоче місце\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| Нове робоче місце за професією (спеціальністю) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Робоче місце створено шляхом: | |
| утворення нового суб’єкта господарювання | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (так/ні)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквізити документа) |
| збільшення штатної чисельності працівників за умови відсутності зменшення середньомісячної чисельності за попередні 12 місяців | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (так/ні)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквізити документа у разі наявності) |
| модернізації або зміни технології виробництва, що потребує нових знань, навичок та вмінь працівника | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (так/ні) |

3. Інформація про особу, працевлаштовану на нове робоче місце\*\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) особи, працевлаштованої на нове робоче місце | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку в паспорті) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата працевлаштування | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року |
| Наявність інвалідності | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (так/ні) |

Одночасно повідомляю, що на момент подання цієї заяви юридична особа/фізична особа — підприємець:

1) ознайомлена з умовами отримання компенсації;

2) не належить до категорії таких, що:

мають заборгованість:

- із сплати єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування;

- із сплати страхових внесків на загальнообов’язкове державне пенсійне страхування;

- з виплати заробітної плати;

- перед державним (місцевим) бюджетом понад шість місяців;

перебувають на стадії ліквідації або до неї застосовані судові процедури банкрутства (неплатоспроможності), передбачені Кодексом України з процедур банкрутства.

У разі звільнення працівника або зміни зазначеної у заяві інформації зобов’язуюсь письмово повідомити центру зайнятості протягом п’яти робочих днів.

Про прийняте рішення прошу повідомити \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(контактні дані для повідомлення)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник юридичної особи (уповноважена особа)/фізична особа —підприємець | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)\*\*\*\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, власне ім’я та по батькові (за наявності) |

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\* Не застосовується та не заповнюється у період воєнного стану.

\*\*Заповнюється на кожне нове робоче місце.

\*\*\* Заповнюється на кожного працівника, працевлаштованого на нове робоче місце.

\*\*\*\* Підпис/електронний підпис, що базується на кваліфікованому сертифікаті електронного підпису. Підпис скріплюється печаткою (за наявності).

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***