**Сумському міському голові**

**Лисенку О.М**

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

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

**Заява щодо участі у процедурі компенсації**

Прошу включити *(повна назва суб’єкта господарювання)* до переліку учасників процедури компенсації, відповідно до Порядку компенсації роботодавцям витрат зі сплати ЄСВ на загальнообов’язкове державне соціальне страхування за новостворені робочі місця з бюджету Сумської міської територіальної громади (далі – Порядок), затвердженого рішенням Сумської міської ради від 23 лютого 2023 року 2023 р. № 3489 - МР.

З Порядком ознайомлен\_\_\_\_\_

1). Гарантую забезпечити оплату праці не нижче розміру мінімальної заробітної плати, визначеної в Законі України «Про Державний бюджет України» станом на початок відповідного року.

2). Підтверджую факт відсутності скорочення (зменшення) середньомісячної чисельності працівників та зменшення фонду оплати праці за попередні 12 місяців з моменту подачі заяви.

3). Повідомляю, що не являюсь суб’єктом господарювання, утвореним в результаті припинення іншої юридичної особи протягом 12 місяців, що передували створенню нового робочого місця (нових робочих місць).

Відомості щодо суб’єкта господарювання:

|  |  |
| --- | --- |
| Назва |  |
| ЄДРПОУ/РНОКПП |  |
| Місце державної реєстрації (юридична адреса) |  |
| Основний КВЕД |  |
| Перебуває/не перебуває у стані ліквідації |  |
| Кількість найманих працівників станом на дату подання заяви |  |
| Запланована кількість новостворених робочих місць у 2023: |  |
| Протягом II кварталу 2023 року |  |
| Протягом III кварталу 2023 року |  |
| Протягом IV кварталу 2023 року |  |
| Банківські реквізити для отримання можливої компенсації, IBAN\*: |  |
| Контакти (ПІБ керівника, телефон, адреса офіційної електронної пошти) |  |

*\* У разі зміни моїх банківських реквізитів, зобов’язуюсь письмово повідомити Департамент інспекційної роботи Сумської міської ради про такі зміни протягом 10-ти календарних днів з дня виникнення змін із зазначенням нових реквізитів.*

*Даю згоду на обробку моїх персональних даних на термін дії Порядку компенсації роботодавцям витрат зі сплати ЄСВ на загальнообов’язкове державне соціальне страхування за новостворені робочі місця з бюджету Сумської міської територіальної громади.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Підпис