

.....
(Pieczęć zakładu pracy)

.....
(Miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Lesku**

W N I O S E K

w sprawie zwrotu kosztów podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy

na zasadach określonych w art 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o udnieniu i instytucjach rynku pracy (Tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 735 z późn. zm.) ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

W przypadku wystąpienia pomocy *de minimis* zastosowanie ma: rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013), lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

Wniosek złożony na zasadach:

- Pomocy *de minimis* na zasadach rozporządzenia KE (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. (Dz. Urz. UE L 352 z 18.12.2013 r. str. 1).
- Wsparcia dla jednostek nie będących beneficjentem pomocy publicznej.

Wnioskującym jest:

- PODMIOT PROWADZĄCY DOM POMOCY SPOŁECZNEJ, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 1, 66 i 1079).
- JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA WSPIERANIA RODZINY I SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ, o której mowa w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447).

I. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU:

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ

.....
.....

2. Adres siedziby

.....
.....

3. Miejsce prowadzenia działalności
4. Numer telefonu/adres e-mail
5. NIP
6. REGON
7. PKD
8. Nazwa banku

nr rachunku bankowego:

||-_|_|_|_|_|-_|_|_|_|_|-_|_|_|_|_|-_|_|_|_|_|-_|_|_|_|_|-_|_|_|_|_|

9. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności
10. Nr w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę (dot. domów pomocy społecznej)
11. Data rozpoczęcia działalności
12. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe %
13. Forma opodatkowania w wysokości %

- Karta podatkowa
- Księga przychodów i rozchodów
- Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
- Pełna księgowość

14. Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy
 - Imię i nazwisko
 - Stanowisko służbowe

15. Dane osoby upoważnionej do kontaktów z urzędem
 - Imię i nazwisko
 - Stanowisko służbowe
 - Numer telefonu

16. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny etat wynosiła:

	6 ostatnich miesięcy (należy podać miesiąc i rok)					
Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy OGÓŁEM (stan na koniec miesiąca)						

UWAGA ! Do stanu zatrudnienia nie wlicza się właścicieli, osób z którymi zawarto umowy zlecenia, umowy o dzieło umowy o pracę nakładczą, uczniów, praktykantów, stażystów).

II. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH / POSZUKUJĄCYCH PRACY

1. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych/poszukujących pracy.....
2. Planowany okres zatrudnienia
3. Miejsce pracy skierowanych osób bezrobotnych/poszukujących pracy
.....
4. Stanowiska pracy oraz rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy – załącznik nr 3.
5. Wnioskowana wysokość podlegających zwrotowi kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy wyniesie* zł
* Refundacja części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne w wysokości uprzednio uzgodnionej w umowie, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.
6. Wnioskowany okres refundacji (nie może przekroczyć 12 m-cy)
.....
7. Termin wypłaty wynagrodzenia następuje:
 - do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
 - do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni
 - do dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

III. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam, że:

- Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym w dniu złożenia wniosku.
- Nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i został zgłoszony wniosek o likwidację.
- Nie zalegam w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.
- Nie zalegam w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
- Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych.

- Zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Lesku o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy oraz udzielenie pomocy de minimis.
- Jestem świadom/a o obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nieutrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.
- Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. ochrony danych osobowych zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych dotyczący ochrony danych osobowych (RODO) udostępnioną przez Powiatowy Urząd Pracy w Lesku na stronie internetowej <http://lesko.praca.gov.pl/>. Powyższa klauzula informacyjna stanowi wypełnienie przez Administratora danych osobowych - Powiatowy Urząd Pracy w Lesku obowiązku informacyjnego wobec klientów urzędu.

Oświadczam, że zostałem/am pouczone/a, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech, na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego

.....
(Data i podpis pracodawcy)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kserokopię dokumentu poświadczającego formę prawną Wnioskodawcy. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeżeli dotyczy).
2. Kserokopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu zatrudnienia (dotyczy przypadku, kiedy miejsce pracy nie jest w siedzibie firmy, a adres ten nie widnieje w żadnym z powyższych załączników).
3. Kserokopię dokumentu dotyczącego liczby pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia społecznego (DRA) za ostatni miesiąc.
4. Wypełniony druk zgłoszenia krajowej oferty pracy.
5. Jeżeli Podmiot, nie prowadzi działalności gospodarczej i nie podlega przepisom, dotyczącym pomocy publicznej dodatkowo składa oświadczenie o niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - Załącznik Nr 1.
6. Jeżeli Podmiot, prowadzi działalność gospodarczą to znaczy jest Beneficjentem pomocy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - dodatkowo dołącza do wniosku:
 - Oświadczenie - Załącznik Nr 2.
 - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.

Wszystkie załączone kserokopie dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.

Pracodawca nie może zatrudnić osoby bezrobotnej/poszukującej pracy przed zawarciem z Urzędem umowy w sprawie organizowania i finansowania zatrudnienia

Wypełnia wyłącznie Podmiot, który nie podlega przepisom, dotyczącym pomocy publicznej.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

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

(nazwa pracodawcy)

nie jest beneficjentem* pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej .

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczęć pracodawcy)

* **Beneficjent pomocy publicznej** – podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, który ubiega się o pomoc publiczną - ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Oświadczenie o pomocy de minimis

składane do wniosku w przypadku, gdy Podmiot podlega przepisom pomocy publicznej

Oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych*:

- nie uzyskałem/am pomocy de minimis
- nie uzyskałem/am pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
- uzyskałem/am pomoc de minimis w wysokości (wartość w euro):
- uzyskałem/am pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości (wartość w euro):

* niepotrzebne skreślić

Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o możliwości przekroczenia granic dopuszczalności pomocy.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczęć pracodawcy)

Stanowiska pracy oraz rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy.

L.p.	Imię i nazwisko kandydata	Nazwa stanowiska pracy	Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę (skrócony zakres czynności)	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Zmianowość/ godziny pracy Wymiar czasu pracy	Proponowane wynagrodzenie miesięczne brutto
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

L.p.	Imię i nazwisko kandydata	Nazwa stanowiska pracy	Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę (skrócony zakres czynności)	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Zmianowość/ godziny pracy Wymiar czasu pracy	Proponowane wynagrodzenie miesięczne brutto
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Podpis i pieczęć pracodawcy)