

……………………………….

pieczęć wnioskodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Gostyniu**

**ul. Poznańska 200 G**

**63-800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP ………………………….……….

**WNIOSEK W SPRAWIE ZWROTU KOSZTÓW ZATRUDNIAJĄCYM SKIEROWANYCH BEZROBOTNYH LUB POSZUKUJĄCYCH PRACY W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ ( DPS) ALBO W JEDNOSTCE ORGANIZAYCJNEJ WRIPZ**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
o funkcjonowaniu Unii Europejskie do pomocy de minimis.

5. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.

6. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu  
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

**INFORMACJA:**

* + - 1. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
      2. Wniosek nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, należy uzupełnić w ciągu 7 dni. Wniosek nieuzupełniony w wyznaczonym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
      3. Starosta w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, informuję wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.
      4. Wszystkie pozycje we Wniosku należy wypełnić lub wpisać „nie dotyczy”.
      5. Sam fakt złożenia Wniosku nie gwarantuje otrzymania środków.
      6. Złożony Wniosek oraz załączniki nie podlegają zwrotowi ani kopiowaniu.
      7. Dane zawarte we Wniosku stanowią ofertę pracy i muszą znaleźć odzwierciedlenie w umowie o pracę zawartej ze skierowanym bezrobotnym/poszukującym pracy.
      8. Od negatywnego rozpatrzenia Wniosku nie przysługuje odwołanie.

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. **Wnioskodawca jest[[1]](#footnote-1)**:

🞎 **podmiotem prowadzącym dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej**

🞎 **jednostką organizacyjną 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**

chcącym zatrudnić skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy przez okres ………………………. miesięcy.

1. **Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku** (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy):

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

1. **Dane Wnioskodawcy:**

|  |
| --- |
| * 1. Pełna nazwa: .………………………………………………………...……………………………………………………………….………….……   ........................................................................................................................................................................   * 1. Forma prawna : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..   2. Siedziba: ………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………   3. Miejsce prowadzenia działalności: ………………………………………………………………………………………………………………   4. Adres korespondencyjny: ……………………………………………………………………………………………………………………………..   5. Adres poczty elektronicznej: ……………………………………………………………………………………………………………….…….…. |

1. **NIP:** ……………………………………………………………………………………………………….
2. **REGON:** ………………………………………………………………………………………………………..
3. **Kod PKD**……………………………………………………..…………………………………………………

(Kod/kody PKD wraz z opisem )

**7**. **Numer z Rejestru domów pomocy społecznej województwa wielkopolskiego** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8**.Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………..………..…..…… %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**9.**Numer rachunku bankowego

Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy: …….………………………………………………………………………………………………………....................................................

*(imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu )*

1. **INFORMACJA O PLANOWANYM MIEJSCU PRACY**
2. Liczba osób bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia ………………………………..…………
3. Proponowany okres zatrudnienia: od ……………..……... do …………..………. tj. na …..…….…. miesięcy (dot. okresu refundacji).

Zgodnie z **art. 57A** refundacja przez okres do 12 miesięcy,   
a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres  
3 miesięcy + minimalny dodatkowy okres 30 dni po zakończeniu refundacji.

1. Deklaruję dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego po zakończeniu okresu refundacji przez okres ……………………..…….…….
2. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
3. nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów) …………………………….……....…………
4. zakres wykonywanych czynności ……………………………………………………..….…………....
5. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
6. wykształcenie ……………………………………………………………………….……..…................
7. zawód ………………………………………………………………….................................................
8. dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia ……………………………………………….……..……….....
9. Miejsce wykonywania pracy: …..………….…………………………………………………..…………..

……………………………..………………………………………………………………………..…….…….

1. Zmianowość ……..…..…, praca w godzinach: od …………………… do …………………..….……..
2. Proponowany wymiar czasu: ………………………………………………………………..…………….
3. Proponowane wynagrodzenie (brutto): ……………………………….…………….…..…... zł/miesiąc
4. Termin wypłat wynagrodzenia (zaznaczyć właściwe):

* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
* do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

1. Imię, nazwisko i nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z PUP

……………………………..………………………………………………………………………..…..……………………………………………………………………………………………………………….

### DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY.

### Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich dwóch lat), jeżeli tak to proszę podać:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma** | **Nr umowy** | **Liczba miejsc pracy** | **Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy** | | **Przyczyny zwolnień pracowników** |
| **Czas nieokreśl.** | **Czas określ.** |
| **Prace interwencyjne** |  |  |  |  |  |
| **Staż, bon stażowy** |  |  |  |  |  |
| **Krajowy Fundusz Szkoleniowy** |  |  |  |  |  |
| **Bon zatrudnieniowy** |  |  |  |  |  |
| **Dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej** |  |  |  |  |  |
| **Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy** |  |  |  |  |  |
| **Dofinansowanie 50+** |  |  |  |  |  |
| **Inne** |  |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód  
w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie   
   z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
3. Wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz  
   w ciągu 2 poprzedzających go lat wynosi …………….…………. euro.
4. Wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi …………….…………. euro.
5. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom   
   oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. **Nie zalegam** z opłacaniem innych danin publicznych.
7. Zatrudniona na podstawie *Wniosku* zostanie skierowana osoba bezrobotna lub poszukująca pracy, której **nie zatrudniałem** w okresie ostatnich 6 miesięcy.
8. **Nie posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
9. **Nie otrzymałem(am)** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
10. **Nie toczy** się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe
11. **Nie został** zgłoszony w stosunku do firmy wniosek o likwidację.
12. **Nie zostałem(am)** ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz/lub **nie zostałem(am)** objęty(a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) w okresie 365 dni bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.
13. **Nie otrzymałem(am)** dofinansowania na ten sam cel z innych środków publicznych.
14. **Nie ubiegałem(am) się** i **nie będę się ubiegał(a)** o pomoc w odniesieniu do tych samych pracowników w zakresie takich samych tytułów wypłaty.
15. **Jestem/nie jestem[[2]](#footnote-2)** beneficjentem pomocy publicznej.

**Ponadto zobowiązuję się do:**

1. Niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
2. Złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli  
   w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy  
   w Gostyniu otrzymam taką pomoc.
3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.

*W przypadku zawarcia umowy wyrażam zgodę na podanie do publicznej wiadomości tego faktu zgodnie  
z wymaganą procedurą art. 57a Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na tablicy ogłoszeń  
w siedzibie Urzędu.*

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu w celach związanych ze złożonym wnioskiem o zorganizowanie prac interwencyjnych dla osób bezrobotnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **RODO**.

*………………….., dnia ………………………. …………………..…………………………………..*

*podpis i pieczątka wnioskodawcy*

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis– wzór formularza stanowi załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
2. Właściwy dokument (kserokopia) stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego i innych jednostek sektora finansów publicznych: dokumenty potwierdzające fakt powołania jednostki oraz dokumenty, z których wynika upoważnienie do występowania w imieniu jednostki.
3. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu pracodawcy lub przedsiębiorcy, jeżeli nie wynika to bezpośredni z dokumentów. Pełnomocnictwo powinno być sporządzone w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem.
4. Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone przez Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem.

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym *Wniosku*, załącznikach do *Wniosku* oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą.**

*………………..…………………………………..*

*podpis i pieczątka wnioskodawcy*

1. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)