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

*( pieczęć wnioskodawcy) (miejscowość i data)*

## Powiatowy Urząd Pracy

## we Włoszczowie

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów poniesionych przez podmiot prowadzący Dom Pomocy Społecznej (DPS) albo jednostkę organizacyjną wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (WRiPZ) z tytułu zatrudnienia skierowanych osób bezrobotnych lub poszukujących pracy**

Na zasadach określonych w art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**Wnioskodawcą jest** :

Podmiot prowadzący dom pomocy społecznej (zwany dalej DPS), o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (zwana dalej WRiPZ), o której mowa   
w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce prowadzenia działalności:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon:……………………………. e-mail: ………………………

1. Numer identyfikacyjny REGON …………………………………….
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP …………………………………….

PKD (przeważające) ………………………………………..

1. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności:

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

1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi: …………….%.
2. Numer konta bankowego wnioskodawcy (z nazwą banku):

|  |
| --- |
|  |

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

**DANE DOTYCZĄCE JEDNOSTKI (DPS) ALBO (WRiPZ) W KTÓREJ ZOSTANIE ZATRUDNIONY BEZROBOTNY LUB POSZUKUJĄCY PRACY .**

1. Nazwa DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………. e-mail: ………………………

1. Numer identyfikacyjny REGON …………………………………… domu pomocy społecznej,

a w przypadku jednostki organizacyjnej WRiPZ – jeżeli ten numer został nadany.

1. Numer identyfikacji podatkowej NIP, jeżeli został nadany, ……………………………………….

PKD (przeważające) ………………………………………..

Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez Wojewodę:

……………………………………….– w przypadku domu pomocy społecznej.

1. Informacja o osobie uprawnionej do podpisania umowy (upoważnienie to musi wynikać z złożonych dokumentów)

nazwisko i imię ……………………………………………………………………………………………….

stanowisko służbowe …………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko i numer telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem:

…………………………………………………………………………………………………………………………

1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi: …………….%.
2. Numer konta bankowego jednostki (DPS) albo (WRiPZ) (z nazwą banku):

|  |
| --- |
|  |

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

1. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy): ……………
2. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA**
3. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych/poszukujących pracy przewidzianych do zatrudnienia w ramach refundacji kosztów, o których mowa w art. 57a ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ...............

na okres od ……………………….. do ………………………....

1. Miejsce wykonywania pracy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wymagane kwalifikacje, wynagrodzenie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Wykształcenie | **Dodatkowe**  **kwalifikacje i inne wymagania** | **Liczba**  **osób do**  **zatrudnienia** | Deklarowane wynagrodzenie | Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia  z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego |
| 1. | 2. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |

1. Deklaracja zatrudnienia po zakończeniu refundacji (zgodnie z kodeksem pracy) ………… osoby/ób na czas:

-nieokreślony/określony ……………… (liczba miesięcy)

- w pełnym/niepełnym wymiarze czasu pracy: ……………… wielkość etatu.

5. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia urzędu pracy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia

podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy we Włoszczowie zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny

wskazany w dniu złożenia wniosku.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

**……………………………………………………………………………..**

**( pieczątka i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)**

…………….……………………

( miejscowość, data)

1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**\*\* pkt 6- 11 – dotyczy podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej**

**Świadomy odpowiedzialności karnej art. 233 §1 Kodeksu karnego za fałszywe zeznania***„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności   
od 6 miesięcy do lat 8”***, oświadczam, że:**

1. **Jestem/ nie jestem** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
2. **Nie zalegam/zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
3. **Nie zalegam /Zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
4. **Posiadam/nie posiadam** zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych oraz nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. **Toczy się/nie toczy się** w stosunku do nas postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
6. **\*\*otrzymałem/nie otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej   
   w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodą w prawem i wspólnym rynkiem
7. \*\***Spełniam/nie spełniam***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r.   
   w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
8. \*\***Spełniam/nie spełniam/nie dotyczy*\****warunki rozporządzenia 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.
9. \*\***Spełniam/nie spełniam/nie dotyczy*\**** warunki rozporządzenia 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.
10. \*\***Zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy   
    z Powiatowym Urzędem Pracy we Włoszczowie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
11. \*\***Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
12. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające w przepisów prawa pracy,   
    z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony, określony.
13. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
14. Wywiązałem się z warunków innych umów zawartych z PUP w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie niniejszego wniosku.
15. Dane zawarte we wniosku podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym.

\* Właściwe zaznaczyć

……………………….……………………………………………..

**( pieczątka i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej)**

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

* + 1. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy w dokumencie rejestracyjnym.
    2. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną działania podmiotu prowadzącego DPS lub WRiPZ. (Uchwała, Statut, KRS).
    3. Kserokopia zaświadczenia o numerze NIP, REGON.
    4. Zgłoszenie oferty pracy druk do pobrania ze strony https://wloszczowa.praca.gov.pl/
    5. Beneficjenci pomocy publicznej do wniosku dołączają:

1. oświadczenie o otrzymaniu /nie otrzymaniu pomocy de minimis,
2. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

**Uwagi:**

1. Kopie i kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem (czytelny podpis i pieczątka)
2. Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku.
3. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany.
4. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.
5. Uzupełnienie wniosków nieprawidłowo wypełnionych lub niekompletnych może nastąpić w terminie do 7 dni po otrzymaniu powiadomienia starosty. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, jako podmiot ubiegający się o pomoc oświadczam że:

**w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających złożenie wniosku.**

* - otrzymałem / nie otrzymałem środki/ów stanowiące/ych pomoc publiczną de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |

……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)