…………………….……………………

(miejscowość i data)

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

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Ełku**

**WNIOSEK**

**w sprawie zwrotu kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy**

**Podstawa prawna:**

1. Art. 57 a ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz.U. z 2024 r. poz. 475 z póź.zm.)
2. **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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283 z póź.zm.)

□ 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

(Dz. U. z 2024 r. poz. 177).

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ:

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

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

2. Adres siedziby Wnioskodawcy:

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

3. Miejsce prowadzenia działalności:

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

4. Imię, nazwisko i stanowisko osoby (osób) upoważnionej (-ych) do podpisania umowy i składania oświadczeń   
w zakresie praw i obowiązków majątkowych : ………………………………………..………………………………..........................................................................................

5. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności oraz w przypadku domów pomocy społecznej – numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę: .........................................................................................................................................................................................................

6. Rodzaj prowadzonej działalności: ………….....................................................................................................................

7. NIP (jeżeli został nadany): ……….....................................................................................................................................

8. REGON (jeżeli został nadany): …………………………………………………………………………..

9. Numer rachunku bankowego: ……………………………………………………………………………..

10. Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby wskazanej do kontaktu: ………………………………………..………………………………..........................................................................................

**II. Dane dotyczące bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia  
 oraz rodzaj proponowanych prac:**

1. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy

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

1. Okres zatrudnienia**\*** od ….................................... do ........................................
2. Godziny pracy: od …..................... do ............................; od ….......................... do .............................

zmianowość …....................................................................

1. Dane dotyczące planowanego zatrudnienia osób bezrobotnych/poszukujących pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko pracy** | **Rodzaj wykonywanej pracy** | **Niezbędne  i pożądane kwalifikacje** | **Liczba osób  do zatrudnienia** | **Wysokość**  **proponowanego wynagrodzenia brutto** | **Wnioskowana wysokość podlegających zwrotowi kosztów poniesionych  na wynagrodzenia**\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  |  |  |

\* Refundacja części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy przysługuje *przez okres do 12 miesięcy* *w wysokości uprzednio uzgodnionej w umowie, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.*

Wysokość refundacji do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę tj. 4 666,00 zł/miesiąc,

**5.**  Termin wypłaty wynagrodzenia *[proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź]*

**□** do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

**□** do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

**III. Oświadczam, że:**

1. **Zalegam/ nie zalegam\*** z opłacaniem należnych;
   1. wynagrodzeń pracownikom,
   2. składek na ubezpieczenie społeczne,
   3. składek na ubezpieczenie zdrowotne,
   4. składek na Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
   5. wpłat na PFRON
   6. danin publicznych (np. podatki, opłaty lokalne)
2. **Orzeczono/ Nie orzeczono\*** wobec mnie zakazu dostępu do środkówo których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) w związku z art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 roku *o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z dnia 6 lipca 2012r., poz. 769).
3. **Jestem/ nie jestem**\*beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
4. W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej zastosowanie ma Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis ***zobowiązuję się*** *do niezwłocznego złożenia oświadczenia jeżeli w okresie od dnia* złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Ełku otrzymam inną pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

5. **zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Ełku zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

**Beneficjent pomocy –** podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność   
w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno - prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną (Ustawa z 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 743).

**Działalność gospodarcza –** zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły (Ustawa z 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców, t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 ze zm.).

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………………… ………………………………………………………

(data) (pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

*\* niewłaściwe skreślić*

**Załączniki wymagane do złożenia wraz z wnioskiem:**

1. Kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną Wnioskodawcy.
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeśli dotyczy).
3. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – do pobrania na stronie internetowej [www.pup.elk.pl](http://www.pup.elk.pl)

4. Wnioskodawca będący beneficjentem pomocy publicznej dołącza:

- Oświadczenie o korzystaniu lub nieskorzystaniu z pomocy de minimis - **Załącznik nr 1**

- Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - wzór formularza załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. z 2024r. poz. 1206 ze zm.) – do pobrania na stronie internetowej [www.pup.elk.pl](http://www.pup.elk.pl)

**UWAGA:**

* Wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanieść poprzez skreślenie i zaparafowanie.
* W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, urząd wyznacza co najmniej 7-dniowy termin jego uzupełnienia.
* Wniosek nieuzupełniony w terminie wyznaczonym przez urząd pozostawia się bez rozpatrzenia.
* Wniosek bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany, a termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu dokumentów.
* Wniosek należy złożyć do wybranego powiatowego urzędu pracy.
* Podmiot prowadzący **dom pomocy społecznej** albo jednostka organizacyjna **wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej nie może wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów na pracownika, który w okresie ostatnich 6 miesięcy był zatrudniony w tym domu pomocy społecznej albo w jednostce organizacyjnej WRiPZ.**

**Obowiązek informacyjny**

Powiatowy Urząd Pracy w Ełku przetwarza podane dane osobowe w celu dokonania prawidłowej oceny wniosku, udzielenia pomocy i zawarcia umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych, zgodnie z obowiązkiem prawnym nałożonym na Urząd przepisami wskazanymi wyżej w sekcji podstawa prawna. Podanie danych jest obowiązkowe  
 i wynika z przepisów prawa. W celu zapewnienia stałego dostępu do danych osobowych, ich skutecznego, bezbłędnego i bezpiecznego przetwarzania, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych dane będą udostępniane dostawcom wykorzystywanych przez nas systemów informatycznych z zachowaniem poufności i bezpieczeństwa przetwarzania. W związku z przetwarzaniem właścicielom danych przysługuje: prawo dostępu do danych osobowych ,prawo żądania sprostowania danych osobowych, prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych.  
W celu skorzystania z powyższych praw prosimy kontaktować się z Urzędem na adres jego siedziby, mailowo na adres iod@pup.elk.pl lub na adres skrzynki podawczej. Właścicielom danych przysługuje również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się w sprawach związanych przetwarzaniem danych osobowych pisemnie na adres Urzędu lub poprzez pocztę email na adres: iod@pup.elk.pl. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych znajdują się na stronie <http://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>

………………………… ………………………………………………………

(data) (pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY *DE MINIMIS***

*Art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2023r., poz. 702 z późn. zm.)*

INFORMACJA O WIELKOŚCI I PRZEZNACZENIU UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS*

Oświadczam, iż ..............................................................................................................................................

…..…………………………………………………………………………………………………………………………………………(pełna nazwa Wnioskodawcy/Wspólnika/Udziałowca/Komplementariusza\*,, zgodna z dokumentami rejestrowymi, nr NIP i REGON)

w okresie minionych trzech lat nie uzyskałem pomocy publicznej *de minimis*

(3 razy 365 dni)\*

w okresie minionych trzech lat uzyskałem pomoc publiczną *de minimis* w następującej

wielkości (3 razy 365 dni): \*

(*proszę wypełnić poniższą tabelę*)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie | Data udzielenia pomocy  (dzień-miesiąc-rok) | Wielkość pomocy brutto | |
| w PLN | w EUR |
| .... |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Łączna wartość *de minimis*** |  |  |

***Prawdziwość oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy („***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”)

………..……………………………………………………..………………

(data, pieczątka i czytelny podpis Wnioskodawcy)

**\*** – należy zaznaczyć właściwą odpowiedź

Komisja pozytywnie / negatywnie opiniuje wniosek.

Ełk, dn. ……………………………

Podpisy członków komisji :

………………………………….

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………...

DECYZJA DYREKTORA PUP : pozytywnie / negatywnie

Ełk, dn. ………………………….. Podpis Dyrektora PUP …………………………………