

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Gostyńska 49
63-100 Śrem**

.....
(data wpływu wniosku do PUP)

.....
(nr sprawy nadany przez PUP)

WNIOSEK

o zwrot kosztów wynagrodzenia podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy

na zasadach określonych w art. 57a ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 690 z późn. zm.).

I. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU/ JEDNOSTKI:

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS albo jednostki organizacyjnej WRiPZ.....
.....
2. Adres siedziby
3. Miejsce prowadzenia działalności
4. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy
5. Telefone-mail.....
6. REGON NIP.....
7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności.....
.....
8. Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę.....
.....
9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego
10. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe
11. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku.....

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA:

1. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia:
2. Proponowany okres zatrudnienia:
3. Wymagania dotyczące kierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy:
 - wykształcenie:
 - niezbędne lub pożądane kwalifikacje:
.....
 - umiejętności:
 - uprawnienia:
 - wymagane doświadczenie zawodowe:
4. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności *na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018r., poz. 227),*

Nazwa zawodu/ kod zawodu.....
Stanowisko
5. Miejsce wykonywania pracy (*podać dokładny adres*)
6. Rodzaj wykonywanych prac
7. Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia brutto dla skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy
8. Wnioskowana wysokość podlegających zwrotowi kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy
9. Po upływie okresu refundacji deklarujemy dalsze zatrudnienie osoby bezrobotnej/poszukującej pracy skierowanej przez urząd przez okres:(*należy podać liczbę miesięcy*)
na podstawie umowy(*należy podać rodzaj umowy*).
10. Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby odpowiedzialnej za kontakt z urzędem:

III. OŚWIADCZENIE

Niniejsze oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że:

1. **Zalegam/nie zalegam*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. **Zalegam/nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
3. **Prowadzę/nie prowadzę*** działalności gospodarczej.
4. **Jestem/nie jestem*** beneficjentem pomocy publicznej.
5. **Spełniam/nie spełniam*** warunki/warunków, o których mowa w rozumieniu przepisów wydanych przez Komisję Europejską na podstawie art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, na zasadach wynikających z rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013, z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U.E L 352/1 z 24.12.2013) lub rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.U.E I, 352/9 z 24.12.2013).
6. W okresie do 365 dni przed złożeniem niniejszego wniosku **zostałem/nie zostałem*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **jestem/nie jestem*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
7. Zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Śremie o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy oraz udzielanie pomocy de minimis.
8. Informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

*niepotrzebne skreślić

POUCZENIE:

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. Powiatowy Urząd Pracy w Śremie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.
3. Powiatowy Urząd Pracy w Śremie wyznacza Wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy jest on nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
4. Podmiot prowadzący dom pomocy społecznej (zwany dalej DPS) albo jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (zwana dalej WRiPZ) 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 tej jednostce organizacyjnej WRiPZ.

.....
(Podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeżeli dotyczy).
2. Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Śremie- załącznik nr 1 do wniosku.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis)– załącznik nr 2 do wniosku.
4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis –załącznik nr 3 do wniosku.