Powiatowy Urząd Pracy
w Rzeszowie

.....
pieczęć firmowa pracodawcy

WNIOSEK

w sprawie zwrotu części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy zatrudnionego w domu pomocy społecznej albo w jednostce wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej

na zasadach określonych art.57a ust.1 w ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późn.zm.)
Wnioskującemu **(przy wypełnianiu wniosku zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem X):**

☐ podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901), zwanemu dalej „podmiotem prowadzącym DPS"

☐ jednostce organizacyjnej 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 2023 r. poz. 1426), zwanej dalej „jednostką organizacyjną WRiPZ"

I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS albo jednostki organizacyjnej WRiPZ,

2. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności

3.Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji i podpisania umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)
(imię i nazwisko, funkcja)

4.Imię i nazwisko, telefon, e-mail osoby odpowiedzialnej za współpracę z urzędem

5.Numer identyfikacyjny REGON, w przypadku domu pomocy społecznej, a w przypadku jednostki organizacyjnej WRiPZ – jeżeli ten numer został nadany

6. Numer identyfikacji podatkowej NIP, jeżeli został nadany

7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności

8. Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę (w przypadku domów pomocy społecznej

9. Nazwa banku i numer konta

10.Stopa procentowa ubezpieczenia

11. Aktualne zatrudnienie u pracodawcy wynosi osób w przeliczeniu na pełne etaty.

12.Informacja o zatrudnieniu w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających **dzień złożenia wniosku**.

Lp.	MIESIĄC. ROK	Liczba zatrudnionych pracowników (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)	Przyczyny zmniejszenia stanu zatrudnienia i sposób rozwiązania umowy (podać podstawę prawną rozwiązania umowy o pracę ze świadectwa pracy)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIONE OSOBY BEZROBOTNE LUB POSZUKUJACE PRACY:

Nazwa stanowiska	Liczba osób do zatrudnienia	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i wymogi (wymagany poziom i kierunek wykształcenia, wymagane kwalifikacje, umiejętności, staż pracy)	Miejsce pracy oraz rodzaj wykonywanych prac	Warunki pracy: zmianowość, godziny pracy, dodatkowe informacje.

Nazwa stanowiska	Liczba osób do zatrudnienia	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i wymogi (wymagany poziom i kierunek wykształcenia, wymagane kwalifikacje, umiejętności, staż pracy)	Miejsce pracy oraz rodzaj wykonywanych prac	Warunki pracy: zmianowość, godziny pracy, dodatkowe informacje.

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy

L.p.	Nazwa stanowiska zgodnie rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018r. poz.227 z późn.zm.).	Proponowane wynagrodzenie brutto

L.p.	Nazwa stanowiska zgodnie rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018r. poz.227 z późn.zm.).	Proponowane wynagrodzenie brutto

2. wnioskowana wysokość podlegających zwrotowi kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy

3. Dane kandydata/ów do pracy:

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

4. Termin wypłaty wynagrodzenia u pracodawcy następuje* (zaznaczyć właściwe):

☐ w miesiącu za który wynagrodzenie przysługuje

☐ w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługiwało wynagrodzenie

5. Ilość osób przewidziana do zatrudnienia po zakończeniu okresu refundacji

6. Proponowany okres zatrudnienia po zakończeniu okresu refundacji

7.Termin i miejsce kierowania bezrobotnych do pracy

Data

PODPISY

....

/Osoba prowadząca dokumentację księgową/ **/Pieczątka i podpis osoby uprawnionej/**

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

Pracodawca oświadcza, że:
(właściwe zaznaczyć)

1) ☐ Nie zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

☐ Zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom lub opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

2) ☐ Otrzymał pomoc de minimis w ciągu minionych trzech lat, poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy**.

☐ Nie otrzymał pomocy de minimis w ciągu minionych trzech lat, poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy.

3) ☐ Otrzymał pomoc publiczną w ciągu minionych trzech lat, poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy, dotyczącą tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis**.

☐ Nie otrzymał pomocy publicznej w ciągu minionych trzech lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy, dotyczącą tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

4) ☐ Nie zalega z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.

☐ Zalega z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.

Zobowiązuję się do przestrzegania i stosowania przepisów 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 oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

** Podmiot ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy, wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy:

1. Wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis, jakie otrzymał w okresie 3 minionych lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy;
2. Oświadczenia o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis;
3. Formularza informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – Załącznik nr 1.
4. Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o pomocy publicznej wnioskodawca zobowiązany jest do przedstawienia informacji dotyczącej ich pomocy de minimis otrzymanej w okresie 3 minionych lat.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

…….....
(data i podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy przez osobę/osoby podpisującą/e wniosek i umowę.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (zał. nr 1 do wniosku)
3. Kserokopia umowy spółki – jeśli pracodawca jest spółką (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)

Podstawa prawna:
1. art. 57a ustawa z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r., poz. 735 z późn. zm.),
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r. poz. 40).
3. Ustawa z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 702).
4. Rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023)

Warunkiem pozytywnego rozpatrzenia wniosku jest:
1. Złożenie prawidłowo sporządzonego wniosku wraz z kompletem dokumentów
2. Spełnienie warunków określonych w art. 57 a ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r., poz. 735 z późn. zm.), oraz w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. z 2024 r. poz. 40).
3. Spełnienie warunków określonych w Rozporządzeniu Komisji Wspólnot Europejskich Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7 dniowy termin na jego uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

Informacje na temat refundacji podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej kosztów wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy można uzyskać w Powiatowym Urzędzie Pracy w Rzeszowie Centrum Aktywizacji Zawodowej, Rzeszów, al. Batalionów Chłopskich 7 pok. 12 lub 21 lub pod numerem tel. 17 25 00 236 lub 17 25 00 270/273

Data [ ]

……
(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

* zaznaczyć właściwe

** Przyczyny dotyczące zakładu pracy oznacza to:

a) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974r.- Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników,

b) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, jego likwidacji lub likwidacji stanowiska pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych albo technologicznych,

c) wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego w przypadku śmierci pracodawcy lub gdy odrębne przepisy przewidują wygaśnięcie stosunku pracy lub stosunku służbowego wyniku przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę i niezaproponowanie przez tego pracodawcę nowych warunków pracy i płacy,

d) rozwiązanie stosunku pracy przez pracownika na podstawie art.55 §1^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r.- Kodeks pracy z uwagi na ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków wobec pracownika.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS
ALBO NIEOTRZYMANIU TAKIEJ POMOCY

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń /art. 233 § 1 k.k./, oświadczam, iż:

- ☐ otrzymałem/ ☐ nie otrzymałem* pomocy de minimis w ciągu 3 minionych lat.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy:

L.p.	Organ udzielający pomocy publicznej	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Forma pomocy	Przeznaczenie pomocy	Wartość pomocy w euro
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
					RAZEM:	

…… ☐

(podpis i pieczątka wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

(miejscowość, data)

* zaznaczyć właściwe

Wzór obowiązujący od 09.02.2024r.