



.....
pieczęć wnioskodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy
w Gostyniu
ul. Poznańska 200 G
63-800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP

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

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
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 2024 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej 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 jest¹:

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

¹ Właściwie zaznaczyć

chcącym zatrudnić skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy przez okres miesięcy.

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

.....

3. Dane Wnioskodawcy:

a) Pełna nazwa:

.....

b) Forma prawna :

c) Siedziba:

d) Miejsce prowadzenia działalności:

e) Adres korespondencyjny:

f) Adres poczty elektronicznej:

4. NIP:

5. REGON:

6. 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)

II. INFORMACJA O PLANOWANYM MIEJSCU PRACY

1. Liczba osób bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia

Dane osób bezrobotnych, które pracodawca zamierza zatrudnić

.....

(imię i nazwisko, PESEL oraz adres kandydatów)

2. Proponowany okres zatrudnienia: od do tj. na
miesiący (dot. okresu refundacji).

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

3. Deklaruję dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego po zakończeniu okresu refundacji przez
okres

POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU

4. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
- a) nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów)
 - b) zakres wykonywanych czynności
5. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
- a) wykształcenie
 - b) zawód
 - c) dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia
6. Miejsce wykonywania pracy:
7. Zmianowość, praca w godzinach: od do
8. Proponowany wymiar czasu:
9. Proponowane wynagrodzenie (brutto): zł/miesiąc
10. Termin wypłat wynagrodzenia (zaznaczyć właściwe):
- do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
 - do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni
11. Imię, nazwisko i nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z PUP
-

II. 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

POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNIU

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 jestem²** beneficjentem pomocy publicznej.

Ponadto zobowiązuję się do:

1. Niezwłocznego powiadomiania 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 pieczęć 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 bezpośrednio 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 pieczęć wnioskodawcy

² Niepotrzebne skreślić