Zgorzelec, dnia ……………………….

Nr wniosku

……….………../……………

……………/………………

**WNIOSEK**

**o zwrot koszów zatrudnienia bezrobotnych lub poszukujących pracy w trybie art. 57a ustawy o  promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**

Podstawa prawna:

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

**Pouczenie:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie, nie należy usuwać i modyfikować elementów wniosku.
3. Prosimy o staranne, precyzyjne odpowiedzi na zawarte we wniosku pytania, które będą podstawą oceny przedsięwzięcia i pomocy w jego realizacji.
4. Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania środków.
5. Od negatywnego stanowiska Powiatowego Urzędu Pracy w Zgorzelcu nie przysługuje odwołanie.
6. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
7. Wnioski niekompletne, wypełnione nieczytelnie, nie zawierające wymaganych informacji, bez kompletu załączników – **nie będą rozpatrzone.**
8. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą pracodawcy należy wpisać „nie dotyczy” lub „brak”.
9. Każda strona wniosku lub skreślenia i poprawki powinny być zaparafowane przez wnioskodawcę.
10. Wnioski rozpatrywane są w terminie 30 dni od daty złożenia prawidłowo wypełnionego, kompletnego wniosku oraz wymaganych załączników.

**11.** Korekta wniosku lub uzupełnienie złożonego wniosku o dokumenty mające wpływ na jego ocenę zarówno pod

względem formalnym jak i merytorycznym, skutkuje przesunięciem terminu rozpatrzenia wniosku.

**Wniosek składa (proszę zaznaczyć właściwe):**

* **podmiot prowadzący dom pomocy społecznej**, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwany dalej „podmiotem prowadzącym DPS”[[1]](#footnote-1),
* **jednostka organizacyjna 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 zwana dalej „jednostką organizacyjną WRiPZ[[2]](#footnote-2)

|  |
| --- |
| **I. OZNACZENIE WNIOSKODAWCY** |

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS albo jednostki WRiPZ: ……………………………………………………………………

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

1. Adres siedziby: …………………………………………………………………………………………………………………………
2. Miejsce prowadzenia działalności: …………………………………………………………………………………………………...
3. Numer identyfikacyjny REGON: ……..………………………………………………………………………………………………
4. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ………………………………………………………………………………………………
5. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy (podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ) i zaciągania zobowiązań: …………………………………………………………………………………...............................................................................
6. Imię, nazwisko, stanowisko służbowe oraz nr telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu z Powiatowym Urzędem

Pracy:……………………………….……………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **II. DANE IDENTYFIKACYJNE DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ LUB JEDNOSTKI WRiPZ (pracodawcy)** |

1. Nazwa: ………………………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Adres siedziby: …………………..………………………….................................................................................................
2. Adres do korespondencji: ……………….……………………………………………………….............................................
3. Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………...
4. Adres poczty elektroniczne e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osoby uprawnionej do reprezentowania: ………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. Numer identyfikacyjny REGON ( w przypadku domu pomocy społecznej, a w przypadku jednostki organizacyjnej WRiPZ – jeżeli ten numer został nadany): ………………………………………………………………………………………
7. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD z 2007 roku): ………………………………………………………………………………………………………………………………………..
8. Numer identyfikacji podatkowej NIP, jeżeli został nadany: …………………..…………..……………………………………
9. Forma organizacyjno –prawna prowadzonej działalności: ............................................................................................ ………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę (w przypadku domów pomocy społecznej): …………………………………………………………………………………………………………………..
11. Data rozpoczęcia działalności: ..............................................................................................................................
12. Numer rachunku bankowego do zwrotu kosztów:

**Numer rachunku bankowego**

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

**Uwaga:**

* **Do wglądu należy przedłożyć potwierdzenie wskazanego rachunku w formie np. wyciągu bankowego, zaświadczenia z banku, umowy z bankiem itp. W przedstawionym do wglądu dokumencie musi być uwidoczniony numer rachunku i dane właściciela.**
* **W przypadku konta walutowego Urząd nie ponosi kosztów przewalutowania otrzymanych środków.**
* **Rachunek ten w przyszłości będzie służył do przelania środków otrzymanego dofinansowania.**

1. **Informacje dotyczące zatrudnienia:**

* **pracownikiem** jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę; w tym pracownicy młodociani;
* ilość pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy stanowi części ułamkowe;
* nie wykazuje się tu właścicieli firmy oraz osób świadczących prace na podstawie umów cywilno – prawnych.

1. Stan zatrudnienia w domu pomocy społecznej lub jednostce WRiPZ **na dzień złożenia wniosku**, tj. **na dzień** ………………………….……… (wpisać datę)

wynosi:

a) …………………………. pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy,

b) …………………………. pracowników.

1. Stan zatrudnienia u pracodawcy w okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku kształtował się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc - rok** | **Zatrudnieni pracownicy** | | **Osoby, z którymi rozwiązano stosunek pracy** | | |
| Liczba osób | W przeliczeniu na pełen etat | Liczba osób | Tryb i podstawa prawna rozwiązania stosunku pracy wskazana w świadectwie pracy | Strona rozwiązująca stosunek pracy |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |

1. Dotychczasowa współpraca domu pomocy społecznej lub jednostki WRiPZ z Powiatowym Urzędem Pracy w Zgorzelcu oraz innymi Urzędami Pracy ( w latach 2022– 2024):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma aktywizacji zawodowej  (prace interwencyjne, roboty publiczne, staż, wyposażenie stanowiska pracy, dotacja na rozpoczęcie dział. gosp. dofinansowanie wynagrodzeń): | Okres współpracy: | Liczba osób przyjętych przez Wnioskodawcę w ramach wskazanej formy aktywizacji zawodowej: | Liczba osób, którym Wnioskodawca powierzył wykonywanie pracy po zakończonej formie aktywizacji zawodowej[[3]](#footnote-3), okres umowy o pracę: | Nazwa urzędu pracy: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. KWESTIONARIUSZ INFORMACYJNY** |

1. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia: ………………………………………
2. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia: .……………………………………………………………………..
3. Wnioskowany okres refundacji wynagrodzeń (maksymalnie do 12 miesięcy) : ……………………………………………….
4. Charakterystyka oferowanych stanowisk pracy oraz oczekiwania wobec kandydatów:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Kod zawodu\* | Liczba miejsc pracy | Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych | Pożądane kwalifikacje i inne wymogi niezbędne do wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV. DANE DOTYCZĄCE WARUNKÓW ZATRUDNIENIA SKIEROWANYCH OSÓB BEROBOTNYCH**  **LUB POSZUKUJĄCYCH PRACY** |

1. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia:………………………..………………
2. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia: .……………………………………….……………………………..
3. Wnioskowany okres refundacji wynagrodzeń (maksymalnie do 12 miesięcy) : ………………………………………………..
4. Charakterystyka oferowanych stanowisk pracy oraz oczekiwania wobec kandydatów:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska pracy | Kod zawodu\* | Liczba miejsc pracy | Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych | Pożądane kwalifikacje i inne wymogi niezbędne do wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* klasyfikacja zawodów i specjalności została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 07 sierpnia 2014 r.

1. Deklarowany okres zatrudnienia: …………………………………………………………………………………………………...
2. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: …………..……………………………………………………………
3. Termin wypłaty wynagrodzenia dla osoby zatrudnionej w ramach refundacji: ……………………..………………………….
4. Dane osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia[[4]](#footnote-4):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

1. Proponowane warunki pracy dla skierowanych osób:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska pracy: | Wymiar czasu pracy: | Godziny pracy/  Zmianowość: | Wynagrodzenie miesięczne (brutto): |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres): …………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **V. OŚIADCZENIA WNIOSKODAWCY** |

Ja, niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi:

„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 8 lat”.

**oświadczam, że:**

1. Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną i znane są mi moje prawa związane z ochroną danych osobowych.
2. **Zalegam / nie zalegam \*** w podatkach wobec Urzędu Skarbowego.
3. **Zalegam / nie zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
4. **Posiadam / nie posiadam\*** nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
5. **Toczy się / nie toczy się**\* wobec mnie (mojej firmy) postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne oraz **został złożony / nie został złożony\*** wniosek o otwarcie postępowania upadłościowego, ani likwidacyjnego**; i przewiduje się / nie przewiduje się\*** złożenia takiego wniosku.
6. W okresie ostatnich 365 dni **zostałem / nie zostałem** \* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **jestem / nie jestem** \* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
7. **Jestem / nie jestem \* przedsiębiorcą i prowadzę/nie prowadzę**\* działalność gospodarczą.
8. **Było/nie było \* przeze mnie zawieszane** prowadzenie działalności gospodarczej.
9. **Byłem / nie byłem\*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.
10. Zostałem pouczony i przyjmuję do wiadomości, że:

* Dyrektorowi Powiatowego Urzędu Pracy w Zgorzelcu służy prawo kontroli wiarygodności danych zamieszczonych we wniosku. Na wezwanie Dyrektora Urzędu zobowiązany jestem przedłożyć niezbędne dokumenty oraz umożliwić wizję lokalną miejsca, gdzie będzie zlokalizowane nowotworzone stanowisko pracy.
* Przyznanie refundacji kosztów nie ma charakteru obligatoryjnego, a odmowa przyznania środków nie stanowi podstawy do występowania z roszczeniami z tego tytułu.

1. Znana jest mi treść umowy, która będzie zawarta w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (wzór umowy dostępny jest w siedzibie Urzędu oraz na stronie internetowej http:zgorzelec.praca.gov.pl).
2. Zobowiązuję się do powiadomienia o wszelkich zmianach w zakresie danych i informacji zawartych we wniosku jakie wystąpią od jego złożenia do zawarcia umowy.
3. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

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

/miejscowość, data/ / pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wnioskodawcy/

**Będąc beneficjentem pomocy publicznej dodatkowo oświadczam, że:**

* 1. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w ciągu roku bieżącego oraz dwóch poprzedzających go lat (w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć do wniosku kserokopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy);
  2. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis (w przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy złożyć oświadczenie, iż dana pomoc **kumuluje się / nie kumuluje się**\* z wnioskowaną pomocą, a pracodawca będący przedsiębiorcą wypełnia dodatkowo formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie);
  3. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania Powiatowego Urzędu Pracy w Zgorzelcu o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy;
  4. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy, otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

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

/miejscowość, data/ /pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wnioskodawcy /

**\* niewłaściwe skreślić**

|  |
| --- |
| **VI. ZAŁĄCZNIKI** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dokument** | **Sztuk** |
| 1 | Dokument poświadczający oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności dotyczący Wnioskodawcy (tylko w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG) |  |
| 2 | Dokument poświadczający oznaczenie formy prawnej dotyczący domu pomocy społecznej lub jednostki WRiPZ (tylko w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG) |  |
| 3 | Deklaracja ZUS DRA za miesiąc poprzedzający złożenie wniosku pracodawcy |  |
| 4 | Dokumentu potwierdzający stanowisko osoby wskazanej we wniosku, w cz. I pkt 6 oraz w cz. II pkt 6, czyli kopia powołania, mianowania lub pełnomocnictwo do reprezentowania udzielone przez uprawnione osoby, o ile nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do wniosku; (w przypadku pełnomocnictwa wymagany jest dowód uiszczenia opłaty urzędowej) |  |
| 5 | Załącznik 1 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis |  |
| 6 | Załącznik nr 2 - Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis oraz innej pomocy publicznej w roku bieżącym oraz poprzedzających go dwóch lat |  |
| 7 | Porozumienie zawarte pomiędzy starosta a domem pomocy społecznej dotyczące umocowania do działania \* |  |
|  |  |  |

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

/czytelny podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wnioskodawcy /

**Pouczenie pkt 7**

W przypadku, gdy po stronie podmiotu prowadzącego DPS występuje powiat, reprezentowany m.in. przez starostę powinno być zawarte porozumienie pomiędzy starostą a domem pomocy społecznej, które będzie uprawniało ten dom do działania na takiej samej zasadzie jak pracodawca.

1. Zgodnie z art. 57 w/w ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej mogą prowadzić, po uzyskaniu zezwolenia wojewody:

   - jednostki samorządu terytorialnego;

   - Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia;

   - inne osoby prawne;

   - osoby fizyczne. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, jednostkami organizacyjnymi wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej są:

   - jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego wykonujące zadania w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, - placówki wsparcia dziennego,

   - organizatorzy rodzinnej pieczy zastępczej,

   - placówki opiekuńczo-wychowawcze,

   - regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne,

   - interwencyjne ośrodki preadopcyjne,

   - ośrodki adopcyjne,

   - podmioty, którym zlecono realizację zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeśli osoba nie została zatrudniona należy podać przyczyny niezatrudnienia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ nie może wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów zatrudnienia bezrobotnych lub poszukujących pracy, na pracownika, który w okresie ostatnich 6 miesięcy był zatrudniony w  tym domu pomocy społecznej albo w tej jednostce organizacyjnej WRiPZ. [↑](#footnote-ref-4)