

NUMER WNIOSKU Wypełnia PUP Katowice	
---	--

.....
Pieczęć Wnioskodawcy

Katowice, dnia

POWIATOWY URZĄD PRACY
W KATOWICACH
UL. POŚPIECHA 14
40-852 KATOWICE

WNIOSEK

w sprawie zwrotu kosztów podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy

Podstawa prawna:

1. Art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
3. 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.

INFORMACJA:

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. Powiatowy Urząd Pracy w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.
3. Urząd 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. Wniosek należy złożyć do wybranego powiatowego urzędu pracy.
5. 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 prowadzącemu DPS albo w jednostce organizacyjnej WRiPZ.

.....
podpis Wnioskodawcy

I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ

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

2. Adres siedziby Wnioskodawcy

.....
.....

3. Miejsce prowadzenia działalności

.....
.....

4. Telefon / fax / e-mail

5. Osoby reprezentujące Wnioskodawcę

.....
.....

(nazwisko i imię oraz stanowisko)

6. NIP (jeżeli został nadany).....

7. REGON (jeżeli został nadany)

8. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....

9. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności oraz w przypadku domów pomocy społecznej - numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę;

.....

10. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe %

11. Wnioskodawca jest :

- ☐ 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.

12. Rodzaj działalności – symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską

Klasyfikacją Działalności (PKD)

.....

13. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej

Organ rejestrowy

Nr rejestru

14. Forma opodatkowania

.....

15. Płatnik podatku od towarów i usług [proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź]

TAK ☐ NIE ☐

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH/POSZUKUJĄCYCH PRACY

1. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy

.....

2. Godziny pracy: od do; od do
zmianowość

3. Dane dotyczące planowanego zatrudnienia osób bezrobotnych/poszukujących pracy

Lp.	Stanowisko pracy	Rodzaj wykonywanych prac	Poziom i kierunek wykształcenia	Dodatkowe kwalifikacje i inne wymagania	Liczba osób do zatrudnienia	Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto	Wnioskowany okres refundacji kosztów *
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
				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.

4. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy*

..... złotych/miesiąc, słownie:

* **Refundacja** części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne w wysokości uprzednio uzgodnionej w umowie, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.

5. Planowany okres zatrudnienia miesięcy*

* Okres zatrudnienia skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy obejmuje okres refundacji części całości lub kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne należne od podmiotu prowadzącego DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ

6. Termin wypłaty wynagrodzenia [proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź]

☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

☐ do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

Niniejszy wniosek składam pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
(Główny księgowy lub osoba uprawniona
do prowadzenia dokumentacji finansowej
Wnioskodawcy)

.....
(Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych
do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
miejscowość, data

SPIS DOKUMENTÓW DO WNIOSKU

1. Kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną Wnioskodawcy. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeśli dotyczy).
2. Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o nie zaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne (aktualne 3 miesiące).
3. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych (aktualne 3 miesiące).
4. Oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik nr 1 do wniosku).
5. Krajowa oferta pracy.
6. W przypadku, gdy miejsce wykonywania pracy (adres wskazany w cz. II, pkt 1 wniosku) nie wynika z dokumentów rejestrowych Wnioskodawcy, wymagany jest dokument (np. umowa najmu, dzierżawy, inne) potwierdzający prawo do dysponowania lokalem wskazanym jako miejsce wykonywania pracy.
7. **Pracodawca oraz Przedsiębiorca, który podlega przepisom o pomocy publicznej, tj. prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, składa do wniosku:**
 - a) Oświadczenie Wnioskodawcy dotyczące pomocy publicznej (Załącznik nr 2 do wniosku).
 - b) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**Urząd wyznacza Wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku
w przypadku, gdy jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny**

Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia

.....

.....

.....

Pracodawca / Przedsiębiorca składający oświadczenie
(nazwa, siedziba lub miejsce prowadzenia działalności)

OŚWIADCZENIE

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

Oświadczam, że:

1. **zatrudniam / nie zatrudniam**¹ co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą);
2. **zalegam / nie zalegam**¹ w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. **zalegam / nie zalegam**¹ w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
4. **posiadam / nie posiadam**¹ w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. **prowadzę / nie prowadzę**¹ działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej;
6. **zostałem / nie zostałem**¹ ukarany 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 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
7. **posiadam / nie posiadam**¹ bezpośrednich lub pośrednich powiązań z osobami lub podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
8. zobowiązuję się do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy;
9. zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy przez okres przysługiwania refundacji całości lub części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne należne od podmiotu prowadzącego DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ;

10. zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Katowicach o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy oraz udzielanie pomocy de minimis.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

1 Niepotrzebne skreślić

.....

 Pracodawca / Przedsiębiorca składający oświadczenie
 (nazwa, siedziba lub miejsce prowadzenia działalności)

OŚWIADCZENIE
składane do wniosku w przypadku, gdy Wnioskodawca podlega
przepisom o pomocy publicznej

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

Oświadczam, że:

1. w okresie minionych trzech lat podatkowych przed złożeniem wniosku **otrzymałem / nie otrzymałem¹** pomoc de minimis w rozumieniu przepisów Rozporządzenia 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 oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w rozumieniu przepisów Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym albo Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
2. W przypadku otrzymania w tym okresie środków, o których mowa w pkt.1 – należy wypełnić każdą kolumnę w poniższej tabeli w oparciu o zaświadczenia o udzielonej pomocy de minimis *.

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Forma udzielenia pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w PLN	Wartość pomocy w Euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1							
2							
3							
4							
5							
Ogółem wartość udzielonej pomocy de minimis							

**Wnioskodawca zobowiązany jest do wykazania w powyższej tabeli ogółem wartości udzielonej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, jakie otrzymał w okresie minionych trzech lat podatkowych na podstawie otrzymanych zaświadczeń o udzielonej pomocy de minimis.*

3. **otrzymałem / nie otrzymałem**¹ inną pomoc ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.
4. spełniam warunki do otrzymania pomocy de minimis określone w Rozporządzeniu 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.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

¹ Niepotrzebne skreślić

Wnioskodawca ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy:

1. *Informacji niezbędnych do udzielenia pomocy de minimis, dotyczących w szczególności Wnioskodawcy i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości i przeznaczenia pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.*