POWIATOWY URZĄD PRACY W ŚWIDNIKU
Centrum Aktywizacji Zawodowej
Al. Lotników Polskich 1
21-045 Świdnik
tel. 81 461 35 02, fax 81 461 35 98

Adnotacje POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:
Wpisano do rejestru wniosków pod nr:
DRP - RIP - 5912 - /2024

WNIOSEK

o zwrot kosztów zatrudnienia osób bezrobotnych lub poszukujących pracy podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej

Podstawa prawna: art. 57a Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.).

Wniosek składa (właściwe zaznaczyć):

□ **podmiot prowadzący dom pomocy społecznej**, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 901 z późniejszymi zmianami), zwany dalej „podmiotem prowadzącym DPS" ,

□ **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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 177), zwana dalej „jednostką organizacyjną WRiPZ" .

Pouczenie:

1. Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna 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.
2. 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.
3. Starosta w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku poinformuje wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.

A. DANE I OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

(tj. podmiotu prowadzącego dom pomocy społecznej albo jednostki organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej)

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

…..……..

2. Adres siedziby …….
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. REGON.....
5. NIP.....

6. Numer telefonu.....
7. E-mail …….
8. PKD 2007 ……
9. Forma organizacyjno-prawna……..…….....
10. Dane osoby do kontaktu z Urzędem Pracy:

imię i nazwisko……
stanowisko służbowe ……
telefon kontaktowy……

11. Dane osób **prawnie reprezentujących podmiot** ubiegający się o refundację:

imię i nazwisko……..……..……
nazwa stanowiska służbowego……..……..……
telefon kontaktowy……

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. posiadam wymagalne zaległości w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych oraz innych danin publicznych, których obowiązek uiszczania wynika z przepisów prawnych); **TAK / NIE***
2. posiadam wymagalne zaległości w opłacaniu należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych albo wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; **TAK / NIE***
3. zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; **TAK / NIE***
4. byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary; **TAK / NIE***
5. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **jestem / nie jestem**** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
6. **Jestem / nie jestem*** przedsiębiorcą i **prowadzę /nie prowadzę**** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów prawa wspólnotowego[1].
7. **Jestem / nie jeste**m* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

---

[1] Zgodnie z ustawą o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej przez **działalność gospodarczą** należy rozumieć działalność, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.
W rozumieniu prawa wspólnotowego za działalność gospodarczą uznaje się oferowanie towarów i usług na rynku, które odnosi się do wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą bez względu na formę prawną i sposób finansowania, niezależnie od faktu, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy oraz bez względu na fakt, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy działający na zasadzie non profit.

8. zapoznałem/am się z Informacją dotycząca przetwarzania danych osobowych dla podmiotów (kontrahentów) korzystających z usług oraz innych form pomocy znajdującą się na stronie urzędu pracy pod adresem https://swidnik.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych/

TAK / NIE *

9. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;

Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….. .....

/miejscowość, data/ /podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy/

- **właściwe zaznaczyć**

B. DANE I OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

(tj. domu pomocy społecznej lub jednostki WRiPZ)

1. Nazwa pracodawcy ……..
2. Adres siedziby …….
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. Adres korespondencyjny …….
5. Adres zamieszkania Pracodawcy (*wypełnić, jeżeli pracodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)

   ……..……..

   ……...
6. W przypadku domów pomocy społecznej – numer w rejestrze prowadzonym przez wojewodę WRiPZ - (dotyczy jednostki organizacyjnej – jeżeli taki numer został nadany)……..
7. REGON.....
8. NIP.....
9. Numer telefonu.....
10. e-mail …….
11. PKD 2007 ……
12. Pełna nazwa banku.....
13. Nr konta:

14. Dane osoby do kontaktu z Urzędem Pracy:

imię i nazwisko……
stanowisko służbowe ……...
telefon kontaktowy……...

15. Dane osób **prawnie reprezentujących podmiot** ubiegający się o refundację:

imię i nazwisko……..…….……...
nazwa stanowiska służbowego…….……
telefon kontaktowy……...

16. Stopa ubezpieczenia wypadkowego zgodnie z deklaracją ZUS DRA …….……

17. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności

……...….

18. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (właściwe zaznaczyć):
□ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
□ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam, że:

1. Posiadam wymagalne zaległości w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych oraz innych danin publicznych, których obowiązek uiszczania wynika z przepisów prawnych); **TAK / NIE***

2. Posiadam wymagalne zaległości w opłacaniu należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych albo wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; **TAK / NIE***

3. Zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; **TAK / NIE***

4. Byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary. **TAK / NIE***

5. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem**** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **jestem / nie jestem***** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.

6. **Jestem / nie jestem*** przedsiębiorcą i **prowadzę /nie prowadzę*** działalność gospodarczą.

7. **Jestem / nie jestem*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

8. Zapoznałem/am się z Informacją dotycząca przetwarzania danych osobowych dla podmiotów (kontrahentów) korzystających z usług oraz innych form pomocy znajdującą się na stronie urzędu pracy pod adresem https://swidnik.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych/ **TAK / NIE ***

9. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;

Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….. .....
/miejscowość, data/ /podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy/

*** właściwe zaznaczyć**

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH/ POSZUKUJĄCYCH PRACY

Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia	Opis stanowiska pracy	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Warunki pracy
1.	nazwa stanowiska pracy:	poziom i rodzaj wykształcenia:	Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto:
	kod zawodu zgodny z klasyfikacją KZiS:	Dodatkowe wymagania (uprawnienia, umiejętności i inne):	1. ilość zmian: 2. wymiar czasu pracy**:**
	doświadczenie zawodowe (staż pracy):	rodzaj prac jakie będą wykonywane:	Miejsce świadczenia pracy przez skierowanego bezrobotnego:

1. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia: ..... + ZUS

3. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez bezrobotnego / poszukującego pracy

   ……

4. Wnioskowany okres refundacji do …… (max. 12 m-cy) **miesięcy** w pełnym wymiarze czasu pracy.

5. Deklaruję, że po upływie wymaganego okresu zatrudnienia zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia osoby/osób bezrobotnych skierowanych przez Urząd przez okres co najmniej **3 miesięcy** . **TAK/NIE***

…….. …….
/miejscowość i data/ /podpis i pieczątka imienna/firmowa Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/

D. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Dokument poświadczający oznaczenie formy prawnej dotyczący domu pomocy społecznej lub jednostki WRiPZ (tylko w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG)
2. Dokument potwierdzający upoważnienie do reprezentacji i podpisywania umów osoby wskazanej we wniosku (jeżeli nie wynika to z dokumentu rejestrowego).
3. Załącznik nr 1 – Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy
4. Załącznik nr 2 – oświadczenie pracodawcy/przedsiębiorcy
5. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
6. Porozumienie zawarte pomiędzy starostą a domem pomocy społecznej dotyczące umocowania do działania (jeśli dotyczy)*

   * Starosta **<u>może</u>** umocować DPS do występowania z „W*nioskiem o zwrot kosztów zatrudnienia osób bezrobotnych lub poszukujących pracy podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej”*, wówczas porozumienie o zwrot kosztów zawierane będzie pomiędzy Dyrektorem DPS a Dyrektorem PUP. W powyższej sytuacji część A i B wniosku powinna być podpisana przez podmiot prowadzący dom pomocy społecznej tj. jednostkę samorządu terytorialnego, czyli Powiat Świdnicki

7. Formularze dostępne do pobrania na stronie internetowej https://swidnik.praca.gov.pl (tylko beneficjenci pomocy publicznej):
   a) Załącznik nr 3 – oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis
   b) Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

Uwaga:

Kopie przekładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy.