……………………………….. Poznań, dnia …................................... Pieczęć Wnioskodawcy

#### **POWIATOWY URZĄD PRACY w Poznaniu**

ul. Czarnieckiego 9

61-538 Poznań

**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:

#### Art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 735 z późn. zm.);

1. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. [Dz.U. z 2023](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytiojzgu2dq) [r. poz.](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytiojzgu2dq) 702 [);](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytiojzgu2dq)
2. Rozporządzenie Komisji (UE) 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 (Dz. U. UE. L. z 2023 r. poz. 2831);

#### Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu UE do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. U. UE L 352 z 24.12.2013r., str. 9 ze zm.);

#### Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu UE do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. U. UE L 190 z 28.06.2014r., str. 45 ze zm.);

#### Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmiot ubiegający się o pomod de minimis (t.j. Dz.U. z 2024. poz. 40).

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz.U. z 2010r., Nr 121, poz. 810);

**INFORMACJA:**

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. Powiatowy Urząd Pracy w Poznaniu – zwany dalej również Urzędem 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 i pieczęć Wnioskodawcy*

##### DANE WNIOSKODAWCY

* 1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ

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

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

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

* 1. Adres siedziby Wnioskodawcy

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

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

* 1. Miejsce prowadzenia działalności

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

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

**4.** Telefon / fax / e-mail ….....................................................................................................................................................

**5.** Osoby reprezentujące Wnioskodawcę

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

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

(nazwisko i imię oraz stanowisko)

**6.** NIP …............................................................................................................................................

**7.** REGON ….......................................................................................................................................

1. Nazwa banku i nr konta bankowego

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

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

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

1. 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 (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 901 z późn. zm.)
* 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 (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1426 z późn. zm.),

**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 …................................................................................................................................................

##### 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 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **RAZEM** |  |  |  |

* **Zwrot części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy przysługuje przez okres do 12 miesięcy**.

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

…............................. złotych/miesiąc, słownie: ….......................................................................................................................................

* Zwrotczęści 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.

1. Planowany okres zatrudnienia …............................. miesięcy\*

* Okres zatrudnienia skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy obejmuje okres zwrotu części całości lub kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne należne od podmiotu prowadzącego DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ plus minimum 3 miesiące po okresie zwrotu kosztów.

1. Termin wypłaty wynagrodzenia *[proszę zaznaczyć* ***X*** *właściwą odpowiedź]*
   * do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
   * do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

##### INFORMACJE DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO STANU ZATRUDNIENIA

* 1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku

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

**2.** Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy na podstawie umowy o pracę ……… .

**3.** Uzasadnienie zmian w zatrudnieniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających miesiąc złożenia wniosku ( w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę wskazać sposób rozwiązania umowy, przyczyny itp.) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

*(Główny księgowy lub osoba uprawniona (Podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub uprawnionych*

*do prowadzenia dokumentacji finansowej do reprezentowania Wnioskodawcy) Wnioskodawcy)*

………………………………...........

*miejscowość, data*

##### SPIS DOKUMENTÓW DO WNIOSKU

1. *Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeśli dotyczy).*
2. *Oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik nr 1 do wniosku).*
3. *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.*

###### 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:

* 1. *Oświadczenie Wnioskodawcy dotyczące pomocy publicznej (Załącznik do wniosku).*
  2. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 40)*

**ZGŁOSZENIE OFERTY PRACY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I DANE DOTYCZĄCE ZGŁOSZONEGO MIEJSCA PRACY** | | | |
| **1.Nazwa stanowiska wg klasyfikacji zawodów (wykaz dostępny na stronie** [**poznan.praca.gov.pl**](http://www.poznan.praca.gov.pl)**,  w zakładce rynek pracy/ rejestry i bazy)**  .............................................. .............................................. | | **2. Wnioskowana liczba osób do zatrudnienia** | |
| **3.Adres miejsca pracy**  ........................................  .......................................... | **4. Rodzaj umowy**  o pracę na czas nieokreślony  o pracę na czas określony  na okres………………….. | **5**. **Wysokość wynagrodzenia brutto:**  **………………………………………** | **6. Wymiar czasu pracy**  pełny etat  inne…….. |
| **7. Rozkład pracy w godz.**  jedna zmiana – godz.……………….………….…  dwie zmiany – godz.……………………………...  trzy zmiany – godz.………………………………  ruch ciągły  ff inne………………………………. | |

**II DANE DOTYCZĄCE OCZEKIWAŃ WOBEC KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| 9. Wykształcenie (kierunek) ……………………………………………………………………………  10. Doświadczenie zawodowe…………………………………………………………………………….  11. Umiejętności…………………………………………………………………………………………..  12. Uprawnienia…………………………………………………………………………………………  13. Znajomość j. obcych (stopień znajomości)…………………………………………………………..  14. Dodatkowe oczekiwania………………………………………………………………………………  15. Charakterystyka lub rodzaj wykonywania pracy……………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………. | |
| 16. Preferowana forma kontaktu z Wnioskodawcą:  1) kontakt osobisty/e-mail/ telefon (niepotrzebne skreślić)  2) imię, nazwisko, numer telefonu i adres mailowy osoby prowadzącej rekrutację ……………………………………………………………………………………………………….. | 17. Jakie dokumenty ma złożyć potencjalny kandydat:  CV świadectwo pracy  list motywacyjny inne…………….. |

## …..............................................................

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

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

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

# Załącznik nr 1

**O ŚW I A DCZ ENI E**

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

**Oświadczam, że:**

1. **zatrudniam / nie zatrudniam1** co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą);
2. **zalegam / nie zalegam1** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
3. **zalegam / nie zalegam1** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
4. **posiadam / nie posiadam1** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. **prowadzę / nie prowadzę1** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej;
6. **zostałem / nie zostałem1** ukarany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 17) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 659 z późn. zm.);
7. zobowiązuję się do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy;
8. zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy przez okres min. 3 miesięcy po zakończeniu zwrotu całości lub części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne należne od podmiotu prowadzącego DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ;
9. zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Poznaniu o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy oraz udzielanie pomocy de minimis.

1 Niepotrzebne skreślić

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

*(Podpis i pieczęć Wnioskodawcy*

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W POZNANIU**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowy Urząd Pracy w Poznaniu, ul. Czarnieckiego 9, 61-538 Poznań

2. W sprawach związanych z danymi osobowymi można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych – Tomasz Borys tel. 61 8 345 662, e-mail: iod@poznan.praca.gov.pl

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji czynności urzędowych tj.: wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowy Urząd Pracy w Poznaniu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia;

4. W związku z przetwarzaniem danych w powyżej wskazanym celu, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:

a. podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

b. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

a. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;

b. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;

c. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;

d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;

e. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

(**Uwaga:** realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami archiwizacji).

7. W przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pani/Pan uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Poznaniu. Przy czym podanie danych jest:

a. obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;

b. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub nie zawarcie umowy.

10.Pani/Pana dane nie będą przetwarzane wyłącznie w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania w rozumieniu Rozporządzenia.

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

*(Podpis i pieczęć Wnioskodawcy)*