|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER WNIOSKU**  Wypełnia PUP Radom |  |

................................................. ..........................................dn.…...................

(pieczęć firmowa pracodawcy) (miejscowość)

**STAROSTA POWIATU RADOMSKIEGO**

**za pośrednictwem**

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**W RADOMIU**

## W N I O S E K

**o zwrot 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 (Dz.U.  
z 2022r., poz. 690, z późn. zm.);

2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.  
z 2021r. poz. 743);

3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013).

**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. 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.

## 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. REGON: .............................................. NIP: ..............................................

6. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe .................. %

7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności oraz w przypadku domów pomocy społecznej -numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę: .................................................................................................................................................................................................

8. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej: ..............................................................................................................

9. Rodzaj działalności (wiodący) – symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD):

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

10. Krótki opis prowadzonej działalności: .................................................................................................................................................................................................

11. Nazwa banku i nr konta: …...........................................................................................................................................

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

12. Osoba uprawniona do reprezentowania pracodawcy: ...........................................................................................

................................................................................................................................................................................................. (imię i nazwisko, funkcja-stanowisko, PESEL, adres zamieszkania, telefon)

13. W ostatnich trzech latach korzystałem z następującej pomocy finansowej PUP Radom:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Data pomocy** | **Rodzaj / forma pomocy** | **Wysokość pomocy (zł)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

14. Wniosek złożony na zasadach (zaznaczyć właściwe):

|  |  |
| --- | --- |
| Pomocy de minimis na zasadach rozporządzenia KE (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) |  |
| Wsparcia (dla jednostek nie będących beneficjentem pomocy publicznej) |  |

**II. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANYCH MIEJSC PRACY I REFUNDACJI WYNAGRODZENIA:**

1. Liczba bezrobotnych/poszukujących pracy proponowana do zatrudnienia .......... osoba(y)/osób.

#### 2. Rodzaj pracy oraz wymagania w stosunku do bezrobotnych/poszukujących pracy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Stanowisko / rodzaj pracy** | **Liczba stanowisk** | **Wymagania, kwalifikacyjne stawiane pracownikowi** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

3. 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.*

4. Termin realizacji od ...............................................do ...............................................

5. Miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego(ych)/ poszukującego(ych) pracy: ...............................................................................................................................................................................................6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego(ych) bezrobotnego(ych):

................................................................................zł./m-c.

7. Wnioskowany okres refundacji: ...................................................... miesięcy.

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 K.K.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Radomiu   
w zakresie świadczenia usług rynku pracy (Ustawa o ochronie danych osobowych tj. Dz.U. z 2018 r. poz 1000 z późn. zmian.)

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

*(Główny księgowy lub osoba uprawniona do prowadzenia* *(Pieczątka i podpis upoważnionej osoby do reprezentowania*

*dokumentacji finansowej Wnioskodawcy) Dom Pomocy Społecznej lub jednostki WRiPZ)*

..........................................., dnia ............................................

(miejscowość)

OCENA WNIOSKU przez pracownika prowadzącego sprawę:

BLOK I: …………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................

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

BLOK II:. : ………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................

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

BLOK III: ………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................

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

UWAGI: …………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................

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

PODPIS PRACOWNIKA:

………………………………………………………………………….

III. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Uwierzytelnione kopie dokumentów poświadczających formę prawną istnienia, 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. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
6. Oświadczenie.