Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim

ul. Przemysłowa 4

05 – 300 Mińsk Mazowiecki

tel. 25 759 27 13 tel./faks 25 758 28 54

*www.minskmazowiecki.praca.gov.pl e-mail:wami@praca.gov.pl*

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

(miejscowość, data)

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

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**STAROSTA MIŃSKI**

**za pośrednictwem**

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

# w Mińsku Mazowieckim

# W N I O S E K

**w sprawie zwrotu części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy zatrudnionego w domu pomocy społecznej albo w jednostce wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**

na zasadach określonych art. 57a ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 690 z późn.zm.)

Wnioskodawca jest (zaznaczyć właściwe):

* podmiotem prowadzącym dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.), zwanym dalej „podmiotem prowadzącym DPS”
* 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 447 z późn. zm.), zwaną dalej „jednostką organizacyjną WRiPZ” (właściwe zaznaczyć):
* jednostką organizacyjną jednostki samorządu terytorialnego wykonujących zadania w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej,
* placówką wsparcia dziennego,
* organizatorem rodzinnej pieczy zastępczej,
* placówką opiekuńczo-wychowawczą,
* regionalną placówką opiekuńczo-terapeutyczną,
* interwencyjnym ośrodkiem preadopcyjnym,
* ośrodkiem adopcyjnym,
* podmiotem, któremu zlecono realizację zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.

1. **Dane Wnioskodawcy :**
2. Nazwa podmiotu prowadzącego dom pomocy społecznej albo jednostki organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru):

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

1. Nazwa domu pomocy społecznej albo jednostki wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru):

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

1. Adres siedziby ………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..  
   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………………………………………………………………………..  
   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Osoba reprezentująca Wnioskodawcę (*imię i nazwisko, stanowisko służbowe, adres e-mail oraz telefon kontaktowy Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru lub upoważnieniem/pełnomocnictwem): ……………………………………………………………………………..……*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………….  
   …………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………
4. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem *(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, adres e-mail oraz telefon kontaktowy - jeśli jest inna niż powyżej):* *……………………………………………………………………………..……………………………………………*  
   ……………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Numer REGON, w przypadku domu pomocy społecznej, a w przypadku jednostki organizacyjnej WRiPZ – jeżeli ten numer został nadany …………………………………………….……………..
6. Numer NIP (jeżeli został nadany) …………………………………………………………….
7. Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę ( w przypadku domów pomocy społecznej) …………………………….…………..…………
8. PESEL (w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany): ……………………………………………………..
9. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ……………………………………………………..
10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: …………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności *(zaznaczyć właściwe):*

□ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

□ jednostka samorządu terytorialnego

□ jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego

□ stowarzyszenie

□ fundacja

□ Kościół Katolicki

□ inne kościoły

□ inne związki wyznaniowe

□ inna osoba prawna (podać jaka) ………………………………………………………………………………………………………………

1. Stan zatrudnienia u Wnioskodawcy w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku *(dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych na umowę o pracę):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rok | Miesiąc | Ogólny stan zatrudnienia  (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

W przypadku rozwiązania stosunku pracy w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia niniejszego wniosku należy wskazać podstawę prawną rozwiązania umowy o pracę oraz stanowisko: ………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
System wypłaty wynagrodzeń w zakładzie pracy *(właściwe zaznaczyć):*

□ wypłata w danym miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie.

□ wypłata do ………..….. dni po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie.

**II. Dane dotyczące stanowiska pracy** *(w przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk pracy dział II. Dane dotyczące stanowiska pracy należy wypełnić oddzielnie dla każdego stanowiska):*

1. Liczba bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia: …………….……….……………………
2. Nazwa stanowiska ………………………………………………………………………………………………………………………………….….………………………
3. Kod zawodu zgodny z klasyfikacją zawodów: ……………………………………………………………………………….……………………………
4. Pożądane kwalifikacje skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy:

poziom wykształcenia ………………………………………………………………………….…………………………………….……………………………………

kierunek/specjalność ………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

doświadczenie zawodowe ………………………………………………………………………………………………….….………………………………………

umiejętności ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

inne wymagania: np. uprawnienia, znajomość języków obcych …………………………………….……………………………………

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

1. Niezbędne kwalifikacje skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy (*w przypadku braku kandydatów spełniających pożądane kwalifikacje Wnioskodawca wyraża zgodę na zatrudnienie kandydata spełniającego kwalifikacje niezbędne*):

poziom wykształcenia ………………………………………………………………………….…….……………………………………………………………………

kierunek/specjalność ………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

doświadczenie zawodowe ……………………………………………………………………….………………………….…………………………………………

umiejętności ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

inne wymagania: np. uprawnienia, znajomość języków obcych ….………………………………………………………………………

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

1. Proponowany okres zatrudnienia: od dnia ..…………………...….……..………..…… do dnia ..……….……..………..….….……..………
2. Miejsce wykonywania pracy (nazwa i adres):.………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Rodzaj wykonywanych prac (*zakres obowiązków, wykonywane czynności itp*.): ……………………………………………….……..

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

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

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

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

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

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………
2. Wnioskowany okres refundacji: od dnia ..…………………………….….………… do dnia ..…………………………..……….….…………
3. Wnioskowana wysokość podlegających zwrotowi kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy ………………………….……miesięcznie/osobę.
4. **Współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy w Mińsku Mazowieckim w roku bieżącym oraz   
   w ostatnich 2 latach kalendarzowych poprzedzających dzień złożenia wniosku:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formy aktywizacji | Liczba zorganizowanych  miejsc pracy | W jakim okresie?  (rok ) | Liczba zatrudnionych osób po wygaśnięciu umowy |
| Prace interwencyjne |  |  |  |
| Roboty publiczne |  |  |  |
| Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy |  |  |  |
| Dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia |  |  |  |
| Staże zawodowe |  |  |  |
| Inne (jakie?)  ………………..……………………………………………….. |  |  |  |

Uwagi (dot. współpracy z innym PUP, wywiązanie się z umów) : ..............................................................................................

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

……………..…………………………………....……………..…………..

(czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej)

**Załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy.
2. Dokument potwierdzający uprawnienie osoby do reprezentowania pracodawcy/przedsiębiorcy np. uwierzytelnione pełnomocnictwo, pełnomocnictwo notarialne, upoważnienie, umowę spółki cywilnej wraz z aneksami, aktualny statut organizacji pozarządowej itp. (nie dotyczy osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru).
3. Wnioskodawcy spełniający warunki dopuszczalności udzielenia pomocy *de minimis* składają dodatkowo:
   1. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de**minimis*– załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) lub *formularz informacji przedstawionych przez wnioskodawcę*, stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810).
   2. *Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis* lub pomocy *de minimis* w  rolnictwie/rybołówstwie lub oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy *de minimis* lub pomocy *de minimis* w rolnictwie/rybołówstwie – dotyczy podmiotów, które otrzymały taką pomoc w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.
4. Oświadczenie o braku powiązań z osobami i podmiotami bezpośrednio lub pośrednio wspierającymi agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

**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**

**W uzasadnionych przypadkach starosta może wymagać dostarczenia dodatkowych informacji lub dokumentów.**

**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.**

**Załącznik 1**

do wniosku w sprawie zwrotu części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy zatrudnionego w domu pomocy społecznej albo w jednostce wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. **Prowadzę / nie prowadzę \*** działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 ust. 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 743 z późn. zm.)

*(Wnioskodawca nieprowadzący działalności gospodarczej składa oświadczenie tylko w zakresie punktów   
od „7” do „11”)*

1. **Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)**\*pomoc(y) *de minimis*\* oraz pomoc(y) *de minimis*   
   w rolnictwie/w rybołówstwie\* w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat (w przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis lub oświadczenieo wysokości otrzymanej pomocy de minimis);
2. **Spełniam /nie spełniam***\** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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 r. str.1, z późn. zm.);
3. **Spełniam /nie spełniam***\** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014 r. str. 45, z późn. zm.);
4. **Spełniam /nie spełniam***\** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9, z późn. zm.);
5. **Zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy *de minimis* w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Mińsku Mazowieckim otrzymam pomoc publiczną lub pomoc *de minimis*.
6. **Zalegam /nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.
7. **W okresie 365 dni przed dniem złożenia niniejszego wniosku**:

□ **zostałem / nie zostałem**\* ukarany, skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie prawa pracy lub

□ **jestem / nie jestem**\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

Przyjmuję do wiadomości, że urząd może nie przyjąć oferty pracy, w szczególności jeżeli wnioskodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

1. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**\* na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim, informacji mogących zawierać dane osobowe, wymienionych w Dziale I Wniosku pkt. 4, 5, 9, dla celów związanych z rozpatrzeniem i realizacją wniosku zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) RODO, dla celów realizacji procedury związanej ze złożonym wnioskiem oraz zawarciem umowy w sprawie zwrotu części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy zatrudnionego w domu pomocy społecznej albo w jednostce wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.
2. Dane osobowe dotyczące osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy/przedsiębiorcy oraz osoby wskazanej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku zostały podane w ramach tego wniosku za zgodą tych osób, w celu realizacji wniosku oraz zawarcia i realizacji umowy w sprawie zwrotu części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy zatrudnionego w domu pomocy społecznej albo w jednostce wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.
3. Zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy do poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Mińsku Mazowieckim o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy oraz udzielanie pomocy de minimis.

**Zostałem/am** **poinformowany/na**, że zgodnie z art. 59b ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.   
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wykazy pracodawców, z którymi zawarto umowy   
w sprawie zwrotu części albo całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy zatrudnionego w domu pomocy społecznej albo w jednostce wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej podawane są do wiadomości publicznej przez powiatowy urząd pracy przez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu na okres 30 dni.

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy   
w Mińsku Mazowieckim znajduje się na stronie internetowej Urzędu, w zakładce Urząd, Ochrona danych osobowych.**

<https://minskmazowiecki.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych/>

**Potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność informacji i oświadczeń zawartych we wniosku   
i załączonych do niego dokumentach.**

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

(miejscowość i data) (czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej)

**\*** niepotrzebne skreślić