



**Powiatowy Urząd Pracy
w Olkuszu**

Nr wniosku:

WNIOSEK

w sprawie przyznania podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej refundacji kosztów wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy w 2025 roku.

Pamiętaj! Wniosek musi być kompletny i prawidłowo wypełniony, żeby został rozpatrzony.

Data wpływu do Urzędu

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa Podmiotu DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ:

Adres siedziby:

Miejsce prowadzenia działalności:

Telefon / e-mail:

NIP:

REGON:

PKD:

Data rozpoczęcia działalności:

Organ rejestrowy (dotyczy DPS):

Nr rejestru (dotyczy DPS):

Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:

Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:

Forma opodatkowania:

Stawka opodatkowania (%):

Wnioskodawca jest (odpowiednio zaznaczyć):

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 systemie pieczy zastępczej

Osoba upoważniona do kontaktu z PUP	
Imię i Nazwisko:	
Telefon / e-mail:	
Osoba upoważniona do podpisywania umów	
Imię i Nazwisko:	
Stanowisko służbowe:	
DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA do zatrudnionych zalicza się osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę	
Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:	
DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ/POSZUKUJĄCEJ PRACY	
Liczba bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia:	
Nazwa stanowiska wg klasyfikacji zawodów i specjalności oraz kod zawodu:	
Rodzaj prac jakie będą wykonywane:	
Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	
Wykształcenie:	
Uprawnienia:	
Doświadczenie zawodowe (staż pracy):	
Miejsce wykonywania pracy skierowanej osoby:	
Tryb pracy (odpowiednio zaznaczyć) <input type="checkbox"/> jedna zmiana <input type="checkbox"/> dwie zmiany <input type="checkbox"/> trzy zmiany <input type="checkbox"/> ruch ciągły <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> inne	
Wymiar czasu pracy:	
Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto):	
Wnioskowany okres refundacji kosztów (maksymalnie do 12 m-cy):	
Planowany okres zatrudnienia po okresie refundacji:	

Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów:

Wypłata wynagrodzeń następuje:

- do 30-go danego miesiąca
 do 10-go następnego miesiąca

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i dołączonych załącznikach są zgodne z prawdą.

Podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy.

WAŻNE – 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 jednostce organizacyjnej WRiPZ.

Załączniki:

1. Oświadczenie Wnioskodawcy (załącznik nr 1).
2. Dokument poświadczający formę prawną Wnioskodawcy.
3. W przypadku, gdy miejsce wykonywania pracy nie wynika z dokumentów rejestrowych Wnioskodawcy, wymagany jest dokument potwierdzający prawo do dysponowania lokalem wskazanym jako miejsce wykonywania pracy (np. umowa najmu, dzierżawy, inne).
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeśli dotyczy).
5. Przedsiębiorca, który podlega przepisom o pomocy publicznej tj. prowadzi działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania składa do wniosku:
 - a) Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (załącznik nr 2 do wniosku).
 - b) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU wypełnia PUP

- akceptuję do realizacji
 opiniuję negatywnie

Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

- 1. Jestem/nie jestem*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (beneficjent pomocy to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania);
- 2. Otrzymałem/nie otrzymałem*** pomocy de minimis na podstawie rozporządzenia 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;
- 3. Nie zalegam** na dzień złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- 4. Nie zalegam** na dzień złożenia niniejszego wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.

* niepotrzebne skreślić

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Data i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy