…….………….……………………

 (miejscowość i data)

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

 (pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Ełku**

**WNIOSEK**

**w sprawie zwrotu kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy**

**Podstawa prawna:**

1. Art. 57 a ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 735 z późn.zm.)
2. Ustawa z 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2021 r. 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, str.1) oraz Rozporządzenie Komisji (UE) 2020/972 z dnia 2 lipca 2020r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1407/2013 w odniesieniu do jego przedłużenia oraz zmieniające rozporządzenie (UE) nr 651/2014 w odniesieniu do jego przedłużenia i odpowiednich dostosowań (Dz. Urz. UE L 215z 07.07.2020, str. 3).
4. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

**Wnioskodawcą jest** :

 □ podmiot prowadzący dom pomocy społecznej (zwany dalej DPS), 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 póź.zm.)

 □ jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (zwana dalej WRiPZ), 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).

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ:

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Adres siedziby Wnioskodawcy:

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

3. Miejsce prowadzenia działalności:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4. Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby wskazanej do kontaktu: ………………………………………..……………………………….. .…………………………………………..……….………..................................................................................................................................

 (stanowisko)

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

6. Rodzaj prowadzonej działalności: ......................................................................................................................................................................

7. NIP (jeżeli został nadany): …..............................................................................................................................................................................

8. REGON (jeżeli został nadany): .………………………………………………………………………………………………………………..

9. Numer rachunku bankowego: …………………………………………………………………………………………………………………..

**UWAGA:**

**Beneficjent pomocy –** podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność
w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno - prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną (Ustawa z 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 743).

**Działalność gospodarcza –** zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły (Ustawa z 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców, t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 ze zm.).

**Oświadczam, że jestem/ nie jestem\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 743).**

**\*niepotrzebne skreślić**

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH/**

 **POSZUKUJĄCYCH PRACY**

1. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba bezrobotnych, lub poszukujących pracy do zatrudnienia** | **Okres zatrudnienia skierowanych** | **Miejsce i rodzaj prac jakie będą wykonywać skierowani**  | **Nazwa** **stanowiska** | **kwalifikacje** | **Wysokość wynagrodzenia**  | **Wysokość proponowanej refundacji\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**\* Refundacja części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy przysługuje *przez okres do 12 miesięcy* *w wysokości uprzednio uzgodnionej w umowie, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.***

 **Wysokość refundacji do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę 4 242,00 zł/miesiąc,**

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

 (podpis i pieczątka Wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

**UWAGA:**

* Wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanieść poprzez skreślenie i zaparafowanie.
* W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, urząd wyznacza co najmniej 7-dniowy termin jego uzupełnienia.
* Wniosek nieuzupełniony w terminie wyznaczonym przez urząd pozostawia się bez rozpatrzenia.
* Wniosek bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany, a termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu dokumentów.
* Wniosek należy złożyć do wybranego powiatowego urzędu pracy.
* Podmiot prowadzący **dom pomocy społecznej** albo jednostka organizacyjna **wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej 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 jednostce organizacyjnej WRiPZ.**

**Załączniki:**

1. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy w dokumencie rejestracyjnym.
2. Oświadczenie Wnioskodawcy (Podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców z 6 marca 2018r. (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 ze zm.) *–* Załącznik Nr 1 do wniosku.
3. Oświadczenie Wnioskodawcy nie prowadzącego działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców z 6 marca 2018r. (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 ze zm.) *–* Załącznik Nr 2 do wniosku.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, o którym mowa
w Rozporządzeniu Rady Ministrów z 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r., Nr 53, poz. 311 ze zm.) *–* ZałącznikNr 3do wniosku *– dotyczy Podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą.*

***Załącznik Nr 1 do wniosku***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**(Podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców
z 6 marca 2018r. (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 z póź. zm.)**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

1. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.

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

 (miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS**

**Otrzymałem / nie otrzymałem\*** środki (ów) stanowiące (ych) pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat i / lub pomoc de minimis w rolnictwie/ w rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych *–* przed złożeniem wniosku.

**W przypadku otrzymania ww. pomocy należy wypełnić poniższą tabelę:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro****netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |

1. **Spełniam**warunki (ów)Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z 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 24.12.2013r., str.1) oraz Rozporządzenia Komisji (UE) 2020/972 z 2 lipca 2020r. zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 1407/2013 w odniesieniu do jego przedłużenia oraz zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 651/2014 w odniesieniu do jego przedłużenia i odpowiednich dostosowań (Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020r., str. 3).
2. **Zobowiązuję się** **do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy
de minimis najpóźniej w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Ełku otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.**
3. **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** decyzję (i) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

1. **Zobowiązuję się** poinformować niezwłocznie urząd o każdej zmianie w zakresie informacji zawartych we wniosku.

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

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

 (data, podpis i pieczątka Wnioskodawcy/osoby upoważnionej)

**\* niepotrzebne skreślić**

***Załącznik Nr 2 do wniosku***

**OŚWIADCZENIE**

**Wnioskodawcy nie prowadzącego działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców
z 6 marca 2018r. (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 ze zm.)**

1. **Nie jestem beneficjentem pomocy**• w rozumieniu Ustawy z 30 kwietnia 2004r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 743).
2. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.
3. **Zobowiązuję się** niezwłocznie poinformować urząd o każdej zmianie w zakresie informacji zawartych we wniosku.

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

 ……………………………………………………………

 (data, podpis i pieczątka Wnioskodawcy)

* **Beneficjent pomocy –** podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność
w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno - prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną (Ustawa z 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, t. j. Dz . U. z 2021r., poz. 743).

 **Działalność gospodarcza –** zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły (Ustawa z 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców, t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 162 ze zm.).

**\* niepotrzebne skreślić**