



Pieczęć firmowa wnioskodawcy

Data wpływu (wypełnia PUP)

WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY W SPRAWIE REFUNDACJI PODMIOTOWI PROWADZĄCEMU DOM POMOCY SPOŁECZNEJ (DPS) ALBO JEDNOSTCE ORGANIZACYJNEJ WSPIERANIA RODZINY I SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ (WRiPZ) CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ LUB POSZUKUJĄCEJ PRACY

(Przed wypełnieniem wniosku należy dokładnie zapoznać się z Zasadami określającymi warunki refundacji stosowane przez Powiatowy Urząd Pracy w Busku - Zdroju, które dostępne są w siedzibie oraz na stronie internetowej Urzędu w zakładce Urząd → Dokumenty do pobrania → Refundacja dla podmiotów prowadzących DPS i jednostek organizacyjnych WRiPZ)

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- rozporządzenie 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, str. 1 z późniejszymi zmianami).

A. MIEJSCE I DATA SPORZĄDZENIA WNIOSKU

(Miejscowość)

(Data)

B. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa wnioskodawcy:

2. Adres siedziby:

3. Telefon:

4. Miejsce prowadzenia działalności:

5. NIP, jeżeli został nadany:

6. REGON, jeżeli został nadany:

7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:

8. Status wnioskodawcy:

(Zaznaczyć i uzupełnić właściwe pola)

- Wnioskodawca jest: podmiotem prowadzącym dom pomocy społecznej, o którym mowa art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę: ;
- 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.

C. DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA W RAMACH WNIOSKOWANEJ REFUNDACJI

9. Dane pracodawcy (nazwa, adres oraz NIP DPS-u):

(wypełnić wyłącznie, gdy wnioskodawcą jest podmiot prowadzący DPS, będący jednostką samorządu terytorialnego, który dla osób objętych refundacją nie będzie pracodawcą w rozumieniu Kodeksu Pracy)

10. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia w ramach refundacji:

11. Wysokość składki na ubezpieczenie społeczne wypadkowe, jaka będzie opłacana od osoby/ów objętej/yh refundacją: _____ %.

12. Wymiar czasu pracy na jaki zostanie/ą zatrudniona/e osoba/y objęta/e refundacją:

(wpisać liczbę miesięcy, nie więcej niż 12)

13. Proponowany okres zatrudnienia: _____ miesiący.

14. Opis/y stanowisk/a pracy, na których zostanie/ą zatrudniony/e osoba/y bezrobotne/a lub poszukująca/e pracy:

Załącznik/i nr 1 do wniosku

D. WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ REFUNDACJI WYNAGRODZENIA

15. Wnioskowana miesięczna wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy:

(Miesięczną wysokość refundacji, jaka będzie przeznaczona na zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenie, należy ustalić tak, by suma kwoty tej refundacji i wyliczonych od niej poszczególnych składek na ubezpieczenia społeczne finansowane przez pracodawcę nie przekroczyła wysokości obowiązującego minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na wymiar czasu pracy określony w pkt. 12)

_____ zł / osobę.

E. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

16. Oświadczam/y że:

(W odpowiednich punktach oświadczenia zaznaczyć właściwe pola)

- a) Wnioskodawca prowadzi nie prowadzi działalność/ci gospodarz/cej, w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
- b) w dniu składania niniejszego wniosku wnioskodawca nie zalega z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych
(w przypadku spółki cywilnej niniejsze oświadczenie o braku zaległości obejmuje zarówno tę spółkę jak i każdego ze współników z osobna);
- c) skierowana osoba otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych, przysługujące innym pracownikom zatrudnionym u wnioskodawcy na równoważnych stanowiskach;
- d) w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku wnioskodawca został; nie został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy;
- e) wnioskodawca jest; nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
- f) zobowiązuję/emy się do niezwłocznego poinformowania PUP w Busku-Zdroju o wszelkich przypadkach, które wpływają na zmianę treści powyższego oświadczenia, zaistniałych w okresie od dnia podpisania tego oświadczenia do dnia podpisania umowy w sprawie refundacji;
- g) zapoznałem/am się z *Klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem danych osobowych (wersja dla wnioskodawcy)*, którą dołączam/y do niniejszego wniosku.

F. DATA I PODPIS

(Data)

(Czytelny podpis albo podpis i pieczęć imienna osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania wnioskodawcy, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

G. ZAŁĄCZNIKI

(Zaznaczyć i uzupełnić właściwe pola)

- Załącznik nr 1 - Opis/y stanowisk/a pracy: egz.
- Załącznik nr 2 - zgoda małżonka wnioskodawcy / oświadczenie o rozdzielczości majątkowej / oświadczenie o niepozostawaniu w związku małżeńskim – (Załącznik wymagany jest w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna. Należy wypełnić jedną (odpowiednią) z trzech części załącznika. W przypadku spółki cywilnej, każdy ze współników składa odrębny dla siebie załącznik nr 2.
- Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis wraz z informacją przedstawianą przy ubieganiu się o pomoc de minimis – (Dotyczy wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej. Właściwe druki są udostępnione na stronie internetowej Urzędu w zakładce Urząd → Dokumenty do pobrania → Pomoc de minimis).
- Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych (wersja dla wnioskodawcy) - (Klauzula jest udostępniona na stronie internetowej Urzędu w zakładce Urząd → Dokumenty do pobrania → Refundacja dla podmiotów prowadzących DPS i jednostek organizacyjnych WRiPZ).
- Inne:
-
-
-
-
-
-
-
-
-