|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ……………………………  (pieczęć wnioskodawcy) |  | | …………………………..  (miejscowość, data) |
|  | | **Powiatowy Urząd Pracy**  **w Ostródzie** | |
| **Wniosek** **o zwrot kosztów zatrudnienia bezrobotnych lub poszukujących pracy**  **w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej**  **wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**  na zasadach określonych w art. 57a ustawy z 20 kwietnia 2004 r.  o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy | | | |

**I. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DPS** (jednostki samorządu terytorialnego, Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne, osoby fizyczne) **JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ WRiPZ**

1. Wnioskodawca jest (zaznaczyć właściwe):

**🞎** podmiotem prowadzącym dom pomocy społecznej (DPS), o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

**🞎** jednostką organizacyjną wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (WRiPZ), o której mowa w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

1. Nazwa ………………………………………………………………………………………………………

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

1. Adres siedziby ………………………………………………………………………………………………
2. Adres miejsca prowadzenia działalności ………………………………………………………………..
3. REGON \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
4. NIP \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
5. KRS \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
6. Imię i nazwisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielenia informacji w sprawie złożonego wniosku:

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

1. Imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentacji oraz podpisania umowy / porozumienia (zgodnie dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

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

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

**II. DANE DOTYCZĄCE DPS / JEDNOSTEK ORGANIZACYJNEJ WRIPZ, w których zostaną zatrudnione skierowane osoby bezrobotne / poszukujące pracy**

1. Nazwa DPS albo jednostki organizacyjnej WRiPZ, zgodna z dokumentami rejestrowymi:

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

1. Adres siedziby …….........................................................................................................................
2. Adres miejsca prowadzenia działalności .........................................................................................
3. Adres do korespondencji ……….....................................................................................................
4. Telefon ............................................ email: ....................................................................................
5. REGON (jeżeli został nadany) \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
6. NIP (jeżeli został nadany) \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
7. KRS (jeżeli dotyczy) \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
8. Nr w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę   
   (dotyczy DPS) …………………….…
9. Klasa podstawowej działalności wg PKD ………………………………………….……..……………
10. Data rozpoczęcia działalności …………………………………………………….………..………….
11. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności …………………………………………….
12. Forma opodatkowania ………………………………………………………………….……………….
13. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) ………………………………..……………..
14. Nr konta bankowego  
     \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
15. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty w ostatnich 12-tu miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poszczególne miesiące i rok** | **12 MIESIECY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU** | | | | | | | | | | | | Średnie zatrudnienie z 12 mcy |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** (z wyłączeniem osób wyszczególnionych poniżej): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie, umowę o dzieło |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba właścicieli / osób współpracujących |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na **pełny wymiar czasu pracy na dzień składania wniosku**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** (z wyłączeniem osób wyszczególnionych poniżej): |  |
| Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie, umowę o dzieło |  |
| Liczba właścicieli / osób współpracujących |  |

1. Niniejszym oświadczam, że **jestem / nie jestem** (niewłaściwe skreślić) beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

**III. INFORMACJE O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU**

1. Liczba bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia …………………..
2. Imię i nazwisko oraz data urodzenia osoby/osób bezrobotnej/ych lub poszukującej/cych pracy, którą Pracodawca zamierza przyjąć do pracy (w przypadku, gdy jest możliwe wskazanie konkretnej osoby):

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

W przypadku braku możliwości aktywizacji wskazanej/ego kandydatki/ta **jestem / nie jestem** (*niepotrzebne skreślić*) zainteresowany/a realizacją wniosku na inne osoby bezrobotne lub poszukujące pracy.

**Uwaga**: Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ **nie może** wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1, na pracownika, który w okresie ostatnich 6 miesięcy był zatrudniony w tym domu pomocy społecznej albo w tej jednostce organizacyjnej WRiPZ.

1. Proponowany okres zatrudnienia (max. do 12 mcy): od ………………….. do …………………..
2. Wymiar czasu pracy ………………..…………………………….…………………………………………
3. Miejsce wykonywania pracy …………………………….………..………………………………………..
4. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto ………………………………………………………
5. Wnioskowana wysokość kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia podlegających zwrotowi: .……………………………..…………..………………………………………

**Uwaga**: należy wskazać koszty w wysokości nieprzekraczającej minimalnego wynagrodzenia za pracę, tj. **max. 4 666,00** zł/mc w odniesieniu do 1 osoby zatrudnionej w pełnym wymiarze czasu pracy; w przypadku zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy należy wskazać koszty proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy.

1. Nazwa stanowiska ……………….................................................................................
2. Kod i nazwa zawodu wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności:

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ …………………………….……………………..……………………………

1. Praca zmianowa (zaznaczyć właściwe): **🞎** TAK / **🞎** NIE
2. Godziny pracy ..............................................................................................................................
3. Rodzaj wykonywanej pracy (opisać zadania) …………….…………………………….……….……

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

………………………………………………………………………………………………………………… Wymagania niezbędne lub pożądane do podjęcia pracy na wskazanym stanowisku:

- wykształcenie ..........................................................................................................................…

- zawód ..........................................................................................................................................

- kwalifikacje ………………………………………………………………………………………………

- umiejętności i doświadczenie zawodowe …………………………………………………………….

- inne …………………………………………………………………………………………..…………..

1. Czy po zakończeniu realizacji subsydiowanego okresu zatrudnienia planowane jest jego dalsze utrzymanie (\*zaznaczyć właściwe)?

**🞎**   **TAK – zobowiązuje się do utrzymania w zatrudnieniu** w wymiarze pełnym\* / niepełnym\* czasu pracy dla ...................... skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) / poszukującego pracy, po zakończeniu trwania okresu zwrotu kosztów na podstawie art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, przez dalszy okres co najmniej: miesiąca\* / dwóch miesięcy\* / trzech miesięcy\* / sześciu miesięcy\* / roku\*.

**🞎   NIE**.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**IV. ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ WNIOSKU**

* + - 1. Załącznik nr 1 do Wniosku – Oświadczenia Wnioskodawcy,
      2. Załącznik nr 2 do Wniosku – Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych,
      3. Załącznik nr 3 do Wniosku – Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych,
      4. Załącznik nr 4 do Wniosku – Oświadczenie Wnioskodawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5l Rozporządzenia 833/2014 oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,
      5. Załącznik nr 5 do Wniosku – Oferta pracy,
      6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
      7. Deklaracja ZUS-DRA z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku bądź z miesiąca, w którym wniosek został złożony,
      8. Właściwy dokument (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego i innych jednostek sektora finansów publicznych należy dołączyć dokumenty potwierdzające fakt powołania jednostki oraz dokumenty, z których wynika upoważnienie do występowania w imieniu jednostki (np. statut, regulamin, uchwała, itp.) lub wskazanie odpowiedniego ogólnodostępnego rejestru publicznego (elektronicznego), z którego można pobrać aktualne dane dotyczące jednostki.
      9. Kserokopia umowy spółki cywilnej (w przypadku gdy dotyczy) – potwierdzona za zgodność z oryginałem,
      10. Pełnomocnictwo - w przypadku, gdy wniosek i/lub umowa będzie podpisana przez inną osobę niż wskazano w części I pkt. 9.

**V. Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r.) przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ostródzie,

ul. Jana III Sobieskiego 5, 14-100 Ostróda, tel. 89 642 95 10, fax 89 646 29 56,

e-mail: sekretariat@ostroda.praca.gov.pl

1. Kontakt do inspektora ochrony danych tel. 89 642 95 10, fax 89 646 29 56,

e-mail: iodo@ostroda.praca.gov.pl

1. Dane są przetwarzane przez PUP Ostróda wyłącznie dla celów wynikających z przepisów prawa.
2. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z okresem określonym przepisami prawa.
4. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody.
5. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

**VI. Informacja:**

1. O zwrot kosztów zatrudnienia osób bezrobotnych lub poszukujących pracy w domu pomocy społecznej albo w jednostce organizacyjnej WRiPZ, na zasadach określonych w art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, może ubiegać się:

1) podmiot prowadzący dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (podmiot prowadzącym DPS),

2) jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, o której mowa w art. 2 pojęcie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (jednostka organizacyjna WRiPZ).

1. Zwrot kosztów zatrudnienia może trwać przez okres do 12 miesięcy i obejmować część albo całość 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.
2. Nie dokonuje się zwrotu kosztów zatrudnienia, podmiotowi prowadzącemu DPS albo jednostce organizacyjnej WRiPZ, które:

1) zalegają z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych albo wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

2) zalegają z opłacaniem innych danin publicznych.

1. 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.
2. Rozpatrzenie wniosku następuje w terminie do 30 dni od dnia jego złożenia wraz z kompletną dokumentacją.
3. W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, starosta wyznaczony zostaje co najmniej 7 dniowy termin na jego uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
4. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zawierana umowa.
5. Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ są obowiązane do utrzymania w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy przez okres wynikający z umowy.
6. W przypadku niewywiązania się z warunku utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy przez wymagany okres lub naruszenia innych warunków zawartej umowy, wnioskodawca zobowiązany jest do zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszego dofinansowania, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
7. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r.- Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy w trakcie okresu objętego dofinansowaniem, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego / poszukującego pracy.
8. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy na zwolnione miejsce pracy pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
9. W przypadku braku możliwości skierowania odpowiedniego bezrobotnego / poszukującego pracy przez urząd pracy na zwolnione u wnioskodawcy stanowisko pracy, wnioskodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres zatrudniania uprzednio skierowanego bezrobotnego / poszukującego pracy.
10. Zwrot kosztów zatrudnienia bezrobotnych lub poszukujących pracy w domu pomocy społecznej albo w jednostce organizacyjnej WRiPZ na zasadach określonych w art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.
11. Podstawy prawne:

* Ustawa z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 214),
* Rozporządzenie 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 (Dz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023) lub Rozporządzenie 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. UE L 352/9 z 24.12.2013 z późn. zm.) lub rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 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, str. 45, z późn. zm.).
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 poz. 40 z późn. zm.),
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11.06.2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r. nr 121, poz. 810),
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.)

**VII. Pouczenie dla Wnioskodawcy:**

1. Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z jego treścią, w tym informacją dotyczącą wnioskowanego wsparcia (część VI Wniosku);
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie; w przypadku gdy zadane pytanie nie dotyczy wnioskodawcy proszę napisać „nie dotyczy”;
3. Wszystkie kserokopie dołączone do wniosku proszę potwierdzić za zgodność z oryginałem własnoręcznym podpisem bądź przedstawić oryginał do wglądu;
4. Wszelkie pomyłki przekreślić i postawić swoją parafkę (lub podpis);
5. Wniosek niekompletny i nieprawidłowo sporządzony nie może stanowić podstawy do jego pozytywnego rozpatrzenia;
6. Niedopuszczalne jest modyfikowanie i usuwanie elementów wniosku – dopuszcza się wyłącznie dodawanie stron, rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści;
7. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania wsparcia;
8. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, nie przysługuje odwołanie;
9. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

#### 

#### Oświadczam, że informacje i oświadczenia podane przeze mnie we **Wniosku o zwrot kosztów zatrudnienia bezrobotnych lub poszukujących pracy w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej** oraz **załącznikach do tego Wniosku** są zgodne z prawdą oraz że mam świadomość odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kk.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**Załącznik nr 1 do Wniosku – Oświadczenia Wnioskodawcy**

Jako wnioskodawca oświadczam, że:

1. Nie prowadzę/prowadzę\* działalność/ci gospodarczą/czej, bez względu na formę organizacyjno-prawną.
2. Nie posiadam/posiadam\* zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.
3. Nie posiadam/posiadam\* zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
4. Nie zalegam/zalegam\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.
5. Nie zalegam/zalegam\* z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
6. Nie posiadam/posiadam\* nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
7. Nie zostałem/zostałem\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku.
8. Nie jestem/jestem\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie za naruszenie praw pracowniczych.
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostródzie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy / porozumienia w zakresie wnioskowanego wsparcia.
10. Jestem świadomy, że przyznane wsparcie jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

Wnioskodawca podlegający przepisom o pomocy publicznej oświadcza dodatkowo:

1. Spełniam warunki:
2. rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. (Dz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023) w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis \*;
3. rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. (Dz. UE L 352/9 z 24.12.2013 z późn. zm.) w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym \*;
4. rozporządzenia Komisji (WE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.) w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury \*.
5. Nie przekroczę/przekroczę\* dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy w przypadku otrzymania przeze mnie wnioskowanego wsparcia finansowego.
6. Nie została/została\* wydana wobec mnie decyzja Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu udzielonej pomocy.
7. Nie będzie/będzie\* wnioskowana pomoc de minimis zaimplementowana na działalność w sektorze rolnictwa i rybołówstwa, w których stosuje się niższe pułapy pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
8. Nie będzie/będzie\* wnioskowana pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie zaimplementowana w innych sektorach lub obszarach działalności, w których stosuje się wyższe pułapy pomocy de minimis.
9. 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 Ostródzie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**Załącznik nr 2 do Wniosku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………..……………………  (Pieczątka pracodawcy) |  |  |

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis**

**oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**

Ze świadomością odpowiedzialności karnej, na podstawie art. 297 § 1k.k., za zeznanie nieprawdy   
lub zatajanie prawdy, potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji.

Oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata \*:

**🞎**  otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis w łącznej kwocie ……………………..………  zł.;

**🞎**  nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis.

Ponadto oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata \*:

**🞎** otrzymałem środki stanowiące inną pomoc w łącznej kwocie ……………………..………  zł dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych i wypełniam poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji  lub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie: | | | |  |  |

**🞎**  nie otrzymałem środków stanowiących inną pomoc.

\* zaznaczyć właściwe

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**Załącznik nr 3 do Wniosku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………..……………………  (Pieczątka pracodawcy) |  |  |

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie   
oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**

Ze świadomością odpowiedzialności karnej, na podstawie art. 297 § 1 k.k., za zeznanie nieprawdy   
lub zatajanie prawdy, potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji.

Oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata \*:

**🞎**  otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis w łącznej kwocie ………..……..…………. zł w rolnictwie lub rybołówstwie i załączam odpowiednie zaświadczenie/a o udzielonej pomocy;

**🞎**  nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

Ponadto oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata \*:

**🞎** otrzymałem środki stanowiące inną pomoc w łącznej kwocie ………..……..…………. zł dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych i wypełniam poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji  lub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie: | | | |  |  |

**🞎**nie otrzymałem środków stanowiących inną pomoc.

\* zaznaczyć właściwe

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**Załącznik nr 4 do Wniosku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………..……………………  (Pieczątka pracodawcy) |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5l Rozporządzenia 833/2014 oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z otrzymania wsparcia na podstawie   
   art. 5l rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.[[1]](#footnote-1)
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (tekst jednolity Dz. U. 2024 r. poz. 507).
3. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
   i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Ostródzie w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy  (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**Załącznik nr 5 do Wniosku**

OFERTA PRACY

Ważne! Zgłoszenie oferty pracy należy wypełnić w sposób czytelny i kompletny

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy** | | | | | | | |
| **1. Nazwa i adres pracodawcy (pieczęć firmowa)**  ………….......................................................................  ………….......................................................................  **NIP:** …………………………..……………………………  **REGON:** …………..………………………………………  Podstawowy rodzaj działalności wg **PKD:** ……….…… | | | | **4. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów**  ..……….........................................................................  Stanowisko …………………………………………………  telefon ……………………….………………………..……  e-mail ………………………………………………………. | | | |
| **2. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:\***   1. przedsiębiorca prywatny 2. przedsiębiorstwo państwowe 3. spółka (jaka?)……………………………………… 4. agencja zatrudnienia zgłaszająca ofertę pracy tymczasowej 5. inna (jaka?) ………………………………… | | | | **5. Forma kontaktu kandydatów z pracodawcą:\***  1) kontakt osobisty *(podać adres jeżeli jest inny niż wskazany w pkt 1., ewentualnie termin i godziny)*:    …………………………..……………………………..………  2) kontakt telefoniczny (podać jeżeli jest inny niż w pkt. 4):  …………………………..……………………………..………  3) CV i list motywacyjny przesłać na adres e-mail:  …………………………..……………………………..……… | | | |
| **3. Liczba zatrudnionych pracowników** : …………… | | | |
| **II. Informacje dotyczące zgłaszanego miejsca pracy** | | | | | | | |
| **6. Nazwa zawodu**  ………………………………………….  ………………………….………………  Kod zawodu wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | | **7. Nazwa stanowiska**  ……………………………………  ………………………….…………  Stpr/.………/……………\*\* | | | | **8. Ogólny zakres obowiązków**  ……………………………………………  ……………………………………………  ……………………………………………  ……………………………………………  …………………………………………… | |
| **9. Rodzaj umowy:\***   1. o pracę na czas nieokreślony 2. o pracę na czas określony (podać okres……………………………….) 3. o pracę na okres próbny 4. na zastępstwo 5. na czas wykonywania określonej pracy (praca dorywcza, praca sezonowa) 6. zlecenie 7. o dzieło 8. inne (jakie?) .…………………..……..…. | | | **10. Informacja o systemie i rozkładzie czasu pracy: \***   1. jednozmianowa 2. dwuzmianowa 3. trzyzmianowa 4. praca w ruchu ciągłym 5. inne (jakie?)…………………… | | | | **11. Informacja o godzinach pracy:**   I zmiana: od……. do .…...   II zmiana: od……. do .…...  III zmiana: od……. do .…... |
| **12. Oferta pracy jest ofertą pracy tymczasowej w rozumieniu art.19g Ustawy** (dotyczy agencji zatrudnienia)  **🞎 TAK 🞎 NIE** | | | | **13. Wymiar czasu pracy :**  1) pełen etat  2) inny (jaki ?) ………….….. |
| **14. System wynagradzania** (np. miesięczny, godzinowy, premiowy, akordowy)  ………………………….…………… | **15. Wysokość wynagrodzenia**  (kwota brutto)  ………………………… | | | | **20. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy:** *UWAGA! Precyzyjne określenie wymagań zwiększa szanse na pozyskanie odpowiedniego pracownika!*  1. Poziom wykształcenia ……………………………  2. Doświadczenie zawodowe ………………………  …………………………………………………………  3. Umiejętności\uprawnienia ………………………  ……………………………………………….…..……  4. Znajomość języków obcych (poziom)  …………………………………………………………  5. Inne ……………………………………… | | |
| **16. Miejsce wykonywania pracy**  ………..……………………..… | **17. Data rozpoczęcia pracy**  ……………………… | | | |
| **18. Liczba wolnych miejsc pracy:** ……………………  w tym liczba miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych ........ | | | | |
| **19. Dodatkowe informacje:** (np. zapewniony dojazd przez pracodawcę, praca w soboty, niedziele):  …………………………………………………………………… | | | | |
| **21. Forma upowszechniania oferty:** (UWAGA! Należy wybrać odpowiednią formę - właściwe zakreślić)  **🞎 oferta zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy** (pośrednictwo otwarte – oferta ogólnodostępna)  **🞎 oferta niezawierająca danych umożliwiająca identyfikację pracodawcy** (pośrednictwo zamknięte – oferta przeznaczona dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP, wytypowane osoby otrzymują skierowanie do pracodawcy) | | | | | | | |

\* właściwe podkreślić \*\* wypełnia pracownik Powiatowego Urzędu Pracy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Dodatkowe informacje dotyczące oferty - Oświadczenia pracodawcy**  **Należy zaznaczyć właściwą opcję w każdym punkcie od 23 do 27** | | | | | |
| **23.** **Okres aktualności oferty**  **🞎**30 dni **🞎**inny ale nie dłuższy niż 30 dni - podać jaki ………….……dni | | | | | |
| **22. Częstotliwość kontaktów PUP z osobą wskazaną przez pracodawcę** (tryb sprawdzania aktualności oferty )  **🞎**co 3 dni **🞎**co 7 dni **🞎**co 14 dni | | | | | |
|  | | | | | **TAK NIE** |
| **24. Oferta pracy została zgłoszona wyłącznie do PUP Ostróda**.  /Jeżeli NIE proszę podać w jakim w innym PUP …………………………………………..………………..……/ | | | | | **🞎     🞎** |
| **25. Jestem zainteresowany przekazaniem zgłoszonej oferty pracy do wskazanych urzędów pracy w celu upowszechnienia w ich siedzibach**.  /Jeżeli TAK proszę podać jakich ………………………………………………………………………………… / | | | | | **🞎     🞎** |
| **26. Jestem zainteresowany zatrudnieniem kandydatów z państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) i upowszechnieniem oferty pracy w wybranych państwach EOG.**  /Jeżeli TAK proszę podać w jakich……………………………………………………………..…………………  W przypadku zainteresowania zatrudnieniem obcokrajowca należy dodatkowo wypełnić załącznik nr 1- dostępny na stronie internetowej Urzędu / | | | | | **🞎     🞎** |
| **27. Wyrażam zgodę na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających identyfikację pracodawcy przez osoby niezarejestrowane w PUP.** | | | | | **🞎     🞎** |
| **28. Oświadczam, że w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.**  **29. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP w przypadku utraty aktualności oferty.**  …………………………..………………… …………………………………………………  Miejscowość i data Podpis i pieczęć pracodawcy | | | | | |
| **IV. Adnotacje urzędu pracy \*\*** | | | | | |
| **30.** Pracownik urzędu pracy realizujący ofertę  ………………………………… | | **31.** Data ważności oferty  Od……………………..…… Do…………………………… | | **32.** Dezaktualizacja  1) anulowano ……………………………………………  2) inna …………………………………………….………  3) upływ terminu …………………………………………  4) zrealizowana ………………………………………… | |
| **33.** Przyjmujący zgłoszenie  ………………………………… | | **34.** Sposób przyjęcia oferty:  …………………………………… | | Ofpr/………………..…/…………………….….……… | |
| POTWIERDZENIE AKTUALNOŚCI OFERTY/ KONTAKT Z PRACODAWCĄ | | | | | |
| Data | Podpis pośrednika | | Uwagi | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |
|  |  | |  | | |

\*\* wypełnia pracownik Powiatowego Urzędu Pracy

1. Zgodnie z treścią art. 5l ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 ( 11 ), na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną. [↑](#footnote-ref-1)