

…………………………....... ........................................, .................................

Pieczątka wnioskodawcy Miejscowość data

**Gdański Urząd Pracy**

**ul. Lastadia 41**

**80-880 Gdańsk**

# WNIOSEK

**w sprawie zwrotu części kosztów podmiotowi prowadzącemu** **dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny** **i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy**

Podstawa prawna:

art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

**Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku, a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”, „nie posiadam”. Uwzględniane są tylko wnioski kompletne i prawidłowo sporządzone.**

1. **Dodatkowe dane dotyczące Wnioskodawcyi prowadzonej działalności:**
   1. Wnioskodawca jest **(właściwe 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 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.

* 1. Miejsce prowadzenia działalności: …………………………………………………………

(jeśli jest inne niż adres siedziby)

* 1. Dane identyfikacyjne:

...........................................................,...........................................................

NIP (jeżeli został nadany) REGON (jeżeli został nadany)

* 1. Dane osoby do kontaktu

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………….. Telefon: …………………………………………………………………………………………

E-mail: …………………………………………………………………………………………..

* 1. Imię, nazwisko i stanowisko osoby uprawnionej do reprezentacji i podpisania umowy **(zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach):**

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

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

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

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

* 1. Numer rachunku bankowego: .........................................................................................
  2. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ..........................................%

1. **Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników, w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma zatrudnienia | W dniu złożenia wniosku | 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku  (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników) | | | | | |
| 1 miesiąc przed | 2 miesiące przed | 3 miesiące  przed | 4 miesiące  przed | 5 miesięcy  przed | 6 miesięcy  przed |
| Na podstawie umowy o pracę |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA:** Przy wskazywaniu stanu zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (zatrudnienie osób młodocianych) oraz osób odbywających staż/przygotowanie zawodowe dorosłych

**Oświadczam, że** w okresie ostatnich 6 miesięcy **dokonano/nie dokonano\*** zwolnień pracowników na wnioskowanym stanowisku pracy.

W przypadku rozwiązania stosunku pracy proszę podać przyczynę i stronę, która dokonała rozwiązania oraz sposób rozwiązania umowy:

.................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................. \* niepotrzebne skreślić

**III. Dane dotyczące miejsc pracy, na których zostaną zatrudnione osoby bezrobotne lub poszukujące pracy:**

1. Liczbaosóbbezrobotnych lub poszukujących pracyproponowanychdozatrudnieniaw pełnym wymiarze czasu pracy: …………………….
2. Okres zatrudnienia: ………………miesięcy
3. Data rozpoczęcia i zakończenia pracy: ……………………………………………………...
4. Miejsce wykonywania pracy skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy:

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

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

1. Proponowana wysokość wynagrodzeniabruttodlaskierowanychosóbbezrobotnych/ poszukujących pracy: ………………. zł
2. Wypłata wynagrodzenia dla zatrudnionego bezrobotnego/poszukującego pracy będzie dokonywana w następującym terminie **(właściwe zaznaczyć):**

□ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,

□ do 10 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

1. Wnioskowana wysokość miesięcznej refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia w tym składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy:

- refundowana kwota (w tym składki na ubezpieczenia społeczne) wynosi: ………………. zł.

**Wyrażam/-y zgodę** na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Gdański Urząd Pracy dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie zwrotu kosztów, o których mowa w art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 oraz zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Oświadczam, że znajduję się /nie znajduję\* się na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji objętych sankcjami na podstawie Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>.

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Świadom/-mi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

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

/miejscowość, data / /pieczątka i podpis wnioskodawcy/osoby

upoważnionej/

\* Niepotrzebne skreślić

**DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.
3. Aktualny dokument poświadczający formę prawną Wnioskodawcy (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem) – w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG. 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 wskazać odpowiedni ogólnodostępny rejestr publiczny (elektroniczny), z którego można pobrać aktualne dane dotyczące jednostki.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy (jeśli dotyczy).
5. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek.
6. **Wnioskodawca, który podlega przepisom o pomocy publicznej,** tj. prowadzący działalność

gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno-prawną i sposób finansowania, składa do

wniosku:

* 1. Oświadczenie o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie otrzymanej przez podmiot w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie

2 poprzedzających go lat podatkowych.

* 1. Formularz informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) Gdańsk, dn..................................

**OŚWIADCZENIE**

1. Pracodawca **zalega / nie zalega**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem 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.
2. Pracodawca **zalega / nie zalega\*** z opłatami w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.
3. O wsparcie ubiegam się w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej:

□ TAK

□ NIE

W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej, proszę o wskazanie właściwego aktu normatywnego, który będzie miał zastosowanie:

□ rozporządzenia Komisji (UE) 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. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023),

□ 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, ze zm.),

□ 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 dnia 28.06.2014 r., str. 45, ze zm.).

1. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał** \* pomoc publiczną, która **kumuluje się** / **nie kumuluje się**\*z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania   
   z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
2. Pracodawca **otrzymał/ nie otrzymał**\*pomocy de minimis oraz pomocy de minimis   
   w rolnictwie/w rybołówstwie\* w wysokości ……………….. w ciągu 3 poprzedzających lat od złożenia wniosku.
3. W przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej z Gdańskim Urzędem Pracy, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanej refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanych środków od dnia otrzymania pierwszego zwrotu kosztów, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, na konto Gdańskiego Urzędu Pracy.
4. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z nowozatrudnionym pracownikiem w ramach prac interwencyjnych zobowiązuję się poinformować Gdański Urząd Pracy niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni.
5. Pracodawca **zobowiązuje 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 Gdańskim Urzędem Pracy otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

**Jednocześnie oświadczam, że osoba wskazana do kontaktu z Gdańskim Urzędem Pracy została zapoznana z treścią załącznika nr 1 do wniosku.**

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art.233 k.k. prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

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

(Miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

Właściwe zakreślić

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 1 do wniosku**

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

w związku z tym, że od 25 maja 2018 r. obowiązują nowe unijne przepisy regulujące ochronę danych osobowych (rozporządzenie 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, tzw. RODO) oraz z uwagi na fakt, że została **Pani/Pan wskazana/y przez naszego kontrahenta jako osoba do kontaktu w ramach** **złożonego wniosku**, w załączeniu przesyłamy istotne informacje, w tym o przysługujących Pani/Panu prawach, danych kontaktowych Gdańskiego Urzędu Pracy – administratora Pani/Pana danych osobowych, podstawie prawnej przetwarzania danych osobowych, ich odbiorcach oraz okresie przechowywania.

Uprzejmie prosimy o zapoznanie się z treścią informacji. Jednocześnie informujemy,   
że nie ma potrzeby podejmowania przez Panią/Pana żadnych dodatkowych działań związanych   
z przesłaniem niniejszej wiadomości.

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679   
z 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 (dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Gdański Urząd Pracy   
   z siedzibą przy ul. Lastadia 41, 80-880 Gdańsk, który jest reprezentowany przez Dyrektora Urzędu.
2. W celu skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych w Gdańskim Urzędzie Pracy należy wysłać wiadomość na adres e-mail: [iod@gup.gdansk.pl](mailto:iod@gup.gdansk.pl).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r., w tym wniosku **w sprawie zwrotu części kosztów podmiotowi prowadzącemu** **dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny** **i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy.**
4. Odbiorcami danych są upoważnieni do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, operatorzy pocztowi, dostawcy usług IT, podmioty przechowujące archiwa zakładowe.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez 10 lat licząc w pełnych latach kalendarzowych od pierwszego dnia roku następnego po roku pozyskania danych.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do ich usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych.
7. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i zgodne z Ustawą   
   o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r. i przepisach wykonawczych. W razie nie podania danych osobowych administrator nie będzie mógł spełnić obowiązku ustawowego wobec Pana/Pani.

**INFORMACJA:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie oraz dołożenie wszelkich starań, aby na zawarte pytania udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. **Zgodnie art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Wnioskodawcą może być:**
3. **podmiot prowadzący dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (zwany dalej „podmiotem prowadzącym DPS”)**, czyli po uzyskaniu zezwolenia wojewody: jednostki samorządu terytorialnego; Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia; inne osoby prawne; osoby fizyczne lub
4. **jednostka organizacyjna 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 (zwana dalej „jednostką organizacyjną WRiPZ”)**, czyli jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego wykonujące zadania w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, placówki wsparcia dziennego, organizatorzy rodzinnej pieczy zastępczej, placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, interwencyjne ośrodki preadopcyjne, ośrodki adopcyjne oraz podmioty, którym zlecono realizację zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.
5. **Gdański Urząd Pracy nie dokonuje zwrotu kosztów podmiotowi prowadzącemu DPS albo jednostce organizacyjnej WRiPZ, które:** 
   1. **zalegają z wypłatą wynagrodzeń pracownikom, 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.**
6. Wniosek może być złożony przez Wnioskodawcę do wybranego powiatowego urzędu pracy.
7. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
8. **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.** Do zatrudnienia mogą zostać skierowane osoby bezrobotne lub poszukujące pracy, jeżeli:
   * posiadają wskazane przez Wnioskodawcę we wniosku wykształcenie, kwalifikacje, predyspozycje zawodowe oraz udokumentowane, w razie konieczności, uprawnienia adekwatne do zakresu prac na zaproponowanym stanowisku,
   * nie ubiegają się o pracę w zawodach deficytowych na rynku pracy, w przypadkach gdy mogą uzyskać zatrudnienie bez subsydiowania środkami publicznymi lub podjąć inną pracę zarobkową.
9. Wnioskodawca w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku wraz z wymaganymi załącznikami powiadamiany jest o jego rozpatrzeniu i podjętej decyzji.
10. Dyrektor Gdańskiego Urzędu Pracy, zawiera z Wnioskodawcą umowę, w której zobowiązuje się do zrefundowania **przez okres do 6 miesięcy (z możliwością przedłużenia do maksymalnie 12 miesięcy)** części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne zatrudnionego bezrobotnego/poszukującego pracy **(4242,00** **zł** **miesięcznie za** **1** **zatrudnionego do dnia 30.06.2024 r., a od dnia 01.07.2024 r. - 4300,00 zł)**, a Wnioskodawca zobowiązuje się zatrudnić bezrobotnego/poszukującego pracy w pełnym wymiarze czasu pracy na okres, za który dokonywana jest refundacja, tj. do 6 miesięcy.
11. Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ obowiązane są do zwrotu uzyskanych refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanych środków od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Gdańskiego Urzędu Pracy w przypadku: a) złożenia niezgodnych z prawdą informacji/zaświadczeń/oświadczeń dotyczących pomocy de minimis,
    1. niewywiązania się z warunku utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy przez okres wynikający z umowy,
    2. wystąpienia z wnioskiem o zwrot kosztów na pracownika, który w okresie ostatnich 6 miesięcy od dnia złożenia wniosku był zatrudniony w tym domu pomocy społecznej albo w tej jednostce organizacyjnej WRiPZ lub
    3. naruszenia innych warunków umowy.
12. 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 1974 r. - Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy w trakcie okresu objętego refundacją, Gdański Urząd Pracy kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego/poszukującego pracy.
13. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy na zwolnione stanowisko pracy, podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Gdańskiego Urzędu Pracy. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego/poszukującego pracy przez Gdański Urząd Pracy na zwolnione stanowisko pracy, podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ nie zwraca uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny/poszukujący pracy pozostawał w zatrudnieniu.
14. Zwrot kosztów zatrudnienia stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.