

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**STAROSTA SUWALSKI**  
**Powiatowy Urząd Pracy**  
**w Suwałkach**

## **WNIOSEK**

**w sprawie zwrotu kosztów 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 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
2. Ustawa z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
3. 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.

### **I. 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
- 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

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS lub jednostki organizacyjnej WRiPZ:

.....  
.....

2. Adres siedziby Wnioskodawcy:

.....  
.....

3. Miejsce prowadzenia działalności:

.....  
.....

4. Numer rachunku bankowego, na który będzie dokonywany zwrot kosztów :

.....

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

.....

6. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby/ób upoważnionej/yh do podpisania umowy:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(stanowisko)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(stanowisko)

## II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH/ POSZUKUJĄCYCH PRACY

1. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie:

(Uwaga: Poniższe wymagania powinny być zgodne z wymaganiami określonymi w Załączniku Nr 3 do wniosku- Krajowa Oferta Pracy)

Nazwa stanowiska/ rodzaj wykonywanych prac	Wnioskowana liczba osób do zatrudnienia/ okres zatrudnienia	Wymagane kwalifikacje			Wnioskowany okres refundacji kosztów (do 12 miesięcy)*	Wysokość wynagrodzenia (brutto)
		Niezbędne	Pożądane	Dodatkowe wymagania		

\* 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.

2. Miejsce wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy:

.....  
(wskazać nazwę i adres DPS lub WRiPZ)

3. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności oraz w przypadku domów pomocy społecznej – numer z rejestru domów pomocy społecznej prowadzonego przez wojewodę: .....

4. Rodzaj prowadzonej działalności: .....

5. NIP (jeżeli został nadany): .....

6. REGON (jeżeli został nadany): .....

7. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe: .....%

8. Wnioskowana miesięczna wysokość podlegających zwrotowi środków poniesionych na wynagrodzenia oraz nagrody z tytułu zatrudnienia skierowanej osoby, tj.: ..... zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe i wypadkowe), tj.: ..... zł. Ogółem: ..... zł.

**Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia urzędu pracy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Suwałkach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku.**

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

.....  
(podpis i pieczęć 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.
- Załączniki wymienione we wniosku są niezbędne do jego rozpatrzenia.
- Wniosek bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany, a termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu dokumentów.
- Urząd w terminie 30 dni od złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę o sposobie jego rozpatrzenia i podjętej decyzji.
- 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 – Załącznik nr 1 do wniosku.
3. Krajowa oferta pracy – 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.) – Załącznik Nr 3 do wniosku – *dotyczy Podmiotu będącego beneficjentem pomocy publicznej.*
5. Klauzula RODO – Załącznik Nr 4 do wniosku.

## Decyzja Powiatowego Urzędu Pracy

Wniosek sprawdzono pod względem formalnym.

Uwagi:

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

.....  
(data i podpis pracownika PUP)

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy:

- Przyznaje zwrot wynagrodzenia i nagród dla ..... osoby/osób\* w kwocie ..... zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne w wysokości ..... zł miesięcznie, ogółem: ..... zł, w terminie od ..... do .....

- Nie przyznaje niniejszego dofinansowania (uzasadnienie):

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

.....  
(data, podpis i pieczęć Dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić