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

/pieczątka firmowa/ /miejscowość i data/

Dyrektor

Powiatowego Urzędu Pracy

w Lubinie

**W N I O S E K**

**o dofinansowanie kosztów zatrudnienia w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej na zasadach określonych w art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U.2024.475)**

**DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa pracodawcy.: ……………………………………………………………………………………

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

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

1. Adres siedziby: ………………………………………………………………………………………………………

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

1. Miejsce prowadzenia działalności (adres) ……………………………………………………………..

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

1. Nr REGON ………………………… Nr NIP ………………………………… PKD ……………………………
2. Forma organizacyjno – prawna: …………………………………………………………………………….
3. Wysokość składki wypadkowej ………….. %
4. Termin realizacji wypłaty wynagrodzeń pracowniczych:

- w danym miesiącu

- do 10 następnego miesiąca

8. Obecnie zatrudniam/y ………………… osób.

9. Numer rachunku bankowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

10. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji i podpisania umowy cywilno  
 - prawnej:

………………………………………………………… stanowisko służbowe: ……………………………….

11. Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem, numer telefonu:

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

**DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA:**

1. Liczba osób bezrobotnych/poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia …………………………………
2. Wnioskowany okres refundacji: ……………………………………………………………………………
3. Planowana data rozpoczęcia pracy: ……………………………………………………………………..
4. Stanowisko: ………………………………………………………………………………………………………….
5. Zakres obowiązków na stanowisku pracy: …………………………………………………………….

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

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

1. Miejsce pracy bezrobotnych: …………………………………………………………………….…………

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

1. Kwalifikacje osób bezrobotnych kierowanych na w/w stanowisko:

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

- zawód wyuczony lub wykonywany: …………………………………………………………………….

- dodatkowe umiejętności: ……………………………………………………………………………………

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

-staż pracy: ……………………………………………………………………………………………………………

8. Wymiar czasu pracy: …………………………………………………………………………………………….

9. Zmianowość: ………………………………………………………………………………………………………..

10. Godziny pracy: ……………………………………………………………………………………………………..

11. Proponowane wynagrodzenie brutto: ………………………………………………………………….

12. Wnioskowana wysokość miesięcznej refundacji części kosztów poniesionych na  
 wynagrodzenie oraz składki na ubezpieczenie społeczne:……………………………………..

**W związku ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy o dofinansowanie kosztów zatrudnienia w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej informuję, że (niewłaściwe wykreślić):**

1. **nie deklaruję zatrudnienia skierowanego/skierowanych bezrobotnego/bezrobotnych lub poszukującego/poszukujących pracy po okresie objętym refundacją,**
2. **deklaruję dalsze zatrudnienie skierowanego/skierowanych bezrobotnego/bezrobotnych lub poszukującego/poszukujących pracy po okresie objętym refundacją na okres ………………. .**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:**

1. Nie zalegam / zalegam z płatnościami składek wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
2. Nie zalegam / zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
3. Nie posiadam / posiadam nie uregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. Nie zalegam / zalegam z wypłacaniem terminie wynagrodzeń pracownikom   
   oraz z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Funduszu Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
5. Nie zalegam / zalegam z opłatami w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.
6. Nie jestem / jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dot. naruszenia praw pracowniczych.
7. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku nie zostałem skazany / zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych.
8. Nie jestem objęty / jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dot. naruszenia praw pracowniczych.
9. Zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy.
10. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy   
    w Lubinie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
11. Znam i spełniam warunki, o których mowa w art.57a cyt. ustawy, tj. na wskazane we wniosku miejsce pracy nie może zostać skierowana osoba, która w okresie   
    6 miesięcy była zatrudniona u Wnioskodawcy.
12. Wszelkie informacje podane we wniosku oraz w załączonych dokumentach   
    są prawdziwe, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń w powyższym zakresie w przypadku zawarcia umowy stanowi podstawę do jej rozwiązania i żądania zwrotu wypłaconych środków.
13. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przedsiębiorców, przedstawicieli pracodawców i innych instytucji współpracujących z Powiatowym Urzędem Pracy w Lubinie
14. Prowadzę / nie prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy dotyczących pomocy publicznej.

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

/data/ /pieczątka i podpis Pracodawcy/

**Obowiązujące załączniki:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
2. Oświadczenie Wnioskodawcy o wielkości otrzymanej pomocy de minimis.

**Ważne:**

**Wnioski nie uzupełnione i niekompletne nie będą rozpatrywane na posiedzeniu komisji.**

**Opinia pracownika urzędu dot. dotychczasowej współpracy wnioskodawcy z PUP:**

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

**Opinia Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lubinie:**

Pozytywnie:

* Okres refundacji ……………………………… miesięcy.
* Kwota refundacji …………………………….. zł.
* Dla …………………. osób.

Negatywnie:

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

……………………………………………….

/data i podpis/