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

 (nazwa lub pieczątka podmiotu prowadzącego DPS

 / jednostki organizacyjnej WRiPZ)

 **POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **W ŚWIEBODZINIE**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów zatrudnienia w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**

**na zasadach określonych w art. 57 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 t.j.), Rozporządzenia 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 r.), 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.), proszę o skierowanie do naszego zakładu pracy bezrobotnego (ych).**

**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. Nazwa
2. Adres siedziby
3. Adres miejsca prowadzenia działalności
4. NIP REGON ……………………………………
5. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy / porozumienia

1. Imię i nazwisko, nr telefonu osoby odpowiedzialnej za sprawy kadrowe

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

1. Nazwa

2. Adres siedziby

3. Adres miejsca prowadzenia działalności

4. NIP REGON …………………………………… PKD ………………………………………..

 (jeżeli został nadany) (jeżeli został nadany)

5. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy / porozumienia

1. Imię i nazwisko, nr telefonu osoby odpowiedzialnej za sprawy kadrowe

1. Forma organizacyjno-prawna podmiotu…………………………………………………………………………………………… nr w rejestrze DPS prowadzonym przez wojewodę (dotyczy domów pomocy społecznej)
2. Urząd Skarbowy w
3. Forma opodatkowania
4. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe %
5. Data rozpoczęcia działalności
6. Liczba stałych pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy
7. Numer rachunku bankowego pracodawcy:

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

**III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC:**

1. Liczba osób bezrobotnych/poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia[[1]](#footnote-1)
2. Proponowany okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy od ..................……............... r. do ...............…….............…… r. (max do 12 miesięcy) w wymiarze czasu pracy
3. Miejsce świadczenia pracy
4. Nazwa i kod zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności[[2]](#footnote-2)

1. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto) dla skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy …………………………… .
2. Wnioskowana wysokość podlegających zwrotowi kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy (brutto) …………………………………………. zł na osobę.
3. Praca zmianowa: TAK/NIE\*, godziny pracy …

**IV. OŚWIADCZENIE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DPS / JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ WRiPZ**

1. **Jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy
z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 743 t.j.), tj. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania.
2. **Nie zalegam/zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.
3. **Nie zostałem/zostałem\*** w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **nie** **jestem/jestem**\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
4. **Nie byłem/byłem\*** karanyw okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny ustawy z dnia
28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

\* *niewłaściwe skreślić*

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 KK za złożenie fałszywego oświadczenia (Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 t.j.), który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

 (miejscowość i data) (podpis i pieczątka podmiotu prowadzącego DPS

 / jednostki organizacyjnej WRiPZ)

**V. OŚWIADCZENIE DPS / JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ WRiPZ, w których zostaną zatrudnione skierowane osoby bezrobotne / poszukujące pracy**

1. **Jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy
z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 743 t.j.), tj. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania.
2. **Nie zalegam/zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.
3. **Nie zostałem/zostałem\*** w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **nie** **jestem/jestem**\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
4. **Nie byłem/byłem\*** karanyw okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny ustawy z dnia
28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

\* *niewłaściwe skreślić*

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 KK za złożenie fałszywego oświadczenia (Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 t.j.), który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

 (miejscowość i data) (podpis i pieczątka DPS /

 jednostki organizacyjnej WRiPZ)

**Beneficjent korzystający z pomocy publicznej do wniosku dodatkowo dołącza:**

* wszystkie zaświadczenia o pomocy **de minimis**, jakie otrzymał wnioskodawca w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenie o wielkości pomocy **de minimis** otrzymanej w tym okresie – Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2
* Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc **de minimis** w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawionych przez podmiot ubiegający się o pomoc **de minimis**. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543 ze zm.).

 Załącznik nr 1 do Wniosku

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

 (nazwa lub pieczątka podmiotu prowadzącego DPS

 / jednostki organizacyjnej WRiPZ)

**Oświadczenie Wnioskodawcy
o pomocy publicznej i pomocy de minimis**

1. Oświadczam, iż zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2021 r., poz. 743 t.j.) w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu
2 poprzedzających go lat:
* **nie otrzymałem(-am) /** **otrzymałem(-am)\*** pomocy de minimis o wartości ……...……………………………………. zł,
stanowiącą równowartość ……………………… euro
	+ **nie otrzymałem(-am) /** **otrzymałem(-am)\*** pomoc de minimis w rybołówstwie o wartości …...…………………… zł, stanowiącą równowartość ……………………. euro
	+ **nie otrzymałem(-am) /** **otrzymałem(-am)\*** pomoc de minimis w rolnictwie o wartości …………...………………. zł, stanowiącą równowartość ………………… euro

\* *niewłaściwe skreślić*

1. Oświadczam, że **nie****otrzymałem(-am)/otrzymałem(-am)\*** pomocy publicznej innej niż de minimis w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc, o której udzielenie ubiegam się niniejszym wnioskiem o wartości .………………………………. zł, stanowiącą równowartość .………………………………. euro

\* *niewłaściwe skreślić*

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 KK za złożenie fałszywego oświadczenia (Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 t.j.), który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

 (miejscowość i data) (podpis i pieczątka podmiotu prowadzącego DPS

 / jednostki organizacyjnej WRiPZ)

 Załącznik nr 2 do Wniosku

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

(nazwa lub pieczęć DPS / jednostki organizacyjnej WRiPZ)

**Oświadczenie Wnioskodawcy
o pomocy publicznej i pomocy de minimis**

1. Oświadczam, iż zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2021 r., poz. 743 t.j.) w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu
2 poprzedzających go lat:
* **nie otrzymałem(-am) /** **otrzymałem(-am)\*** pomocy de minimis o wartości ……...……………………………………. zł,
stanowiącą równowartość ……………………… euro
	+ **nie otrzymałem(-am) /** **otrzymałem(-am)\*** pomoc de minimis w rybołówstwie o wartości …...…………………… zł, stanowiącą równowartość ……………………. euro
	+ **nie otrzymałem(-am) /** **otrzymałem(-am)\*** pomoc de minimis w rolnictwie o wartości …………...………………. zł, stanowiącą równowartość ………………… euro

\* *niewłaściwe skreślić*

**2.** Oświadczam, że **nie****otrzymałem(-am)/otrzymałem(-am)\*** pomocy publicznej innej niż de minimis w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc, o której udzielenie ubiegam się niniejszym wnioskiem o wartości .………………………………. zł, stanowiącą równowartość .………………………………. euro

\* *niewłaściwe skreślić*

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 §1 KK za złożenie fałszywego oświadczenia (Dz.U. z 2022 r., poz. 1138 t.j.), który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

 (miejscowość i data) (podpis i pieczęć DPS /

 jednostki organizacyjnej WRiPZ)

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

1. **Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Świebodzinie.**

**Kontakt: listownie: ul. Studencka 8, 66-200 Świebodzin, na adres e- mail:** zisw@praca.gov.pl**, telefonicznie: 68 382 10 66.**

1. **Inspektor ochrony danych.** Możecie się Państwo kontaktować w sprawach dotyczących danych osobowych
z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych na adres email: iod@comp-net.pl

**Cele i podstawy przetwarzania.** Przetwarzanie danych osobowych jest dokonywane w celu realizacji zadań zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na podstawie
art. 6 ust. 1 lit. c RODO[[3]](#footnote-3) w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie kosztów zatrudnienia w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczejjak również po pozytywnym rozpatrzeniu złożonego wniosku przez tut. Urząd – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w celu zawarcia umowy oraz jej realizacji.

1. **Odbiorcy danych osobowych.** W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3 Państwa dane mogą zostać udostępnione podmiotom i organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, a także innym podmiotom, z którymi administrator posiada umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych.
2. **Okres przechowywania danych.** Państwa dane będą przechowywane przez czas realizacji zadań Administratora wskazanych ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, a następnie – zgodnie z obowiązującą u Administratora Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.
3. **Prawa osób, których dane dotyczą.**

Zgodnie z przepisami prawa przysługuje Państwu:

* prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa)

Nie przysługuje Państwu:

* prawo do usunięcia danych osobowych, o czym przesądza art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* określone w art. 21 RODO prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, a to z uwagi na fakt,
że podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
1. **Informacja o wymogu zbierania danych.** Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa.
2. **Pozyskiwanie danych z innych źródeł.** W przypadku zbierania danych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą, dane te są pozyskiwane z publicznych rejestrów lub ewidencji albo od organów władzy publicznej
lub podmiotów wykonujących zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej
albo od innych uczestników postępowania.
3. **Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych osobowych** przez Administratora
w tym opis przysługujących Państwu praw z tego tytułu jest również dostępny na stronie internetowej <https://swiebodzin.praca.gov.pl/> oraz w siedzibie Administratora.

 (miejscowość i data) (podpis i pieczątka podmiotu prowadzącego DPS

 / jednostki organizacyjnej WRiPZ)

1. Przez zatrudnienie należy rozumieć zatrudnienie na umowę o pracę na okres próbny, czas określony lub czas nieokreślony. Nie dopuszcza się zawierania umów cywilno – prawnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nazwa stanowiska musi być zgodna z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki społecznej z dnia 07 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, ww. wykaz jest również dostępny
na stronie internetowej: [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl). [↑](#footnote-ref-2)
3. 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) (Dz.Urz. UE L Nr 119, str. 1 z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-3)