
(miejscowość, data)

(pieczęć Wnioskodawcy)

Starosta Pilecki

WNIOSEK

O ZWROT KOSZTÓW WYNAGRODZEŃ, NAGRÓD I SKŁADEK ZUS osób skierowanych do pracy w DPS lub w jednostce organizacyjnej WRiPZ*

na zasadach określonych w art. 57a ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(wniosek należy wypełnić po szczegółowym zapoznaniu się z obowiązującymi w powiecie pilskim „Kryteriami zwrotu kosztów wynagrodzeń, nagród i składek na ubezpieczenia społeczne osób skierowanych do pracy w DPS lub jednostce WRiPZ” dostępnymi na stronie internetowej: pila.praca.gov.pl)

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

1. Nazwa
2. Adres siedziby
3. Miejsce prowadzenia działalności
.....
4. Telefon/mail.....
5. NIP, REGON
(jeżeli został nadany) (jeżeli został nadany)
6. Numer konta:
7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności
.....
8. Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez
Wojewodę (dotyczy DPS)
9. Stopa ubezpieczenia wypadkowego%
10. Termin wypłaty wynagrodzeń:

* wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej

II. Dane dotyczące planowanego zatrudnienia:

1. Liczba bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia
2. Okres zatrudnienia w ramach zwrotu kosztów wynagrodzeń, nagród i składek ZUS:miesiące.
3. Okres dalszego zatrudnienia po okresie refundacji:miesiące
(wymagane co najmniej 30 dni)
4. Miejsce wykonywania pracy:
5. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowaną/e osobę/y:
.....
.....

6. Informacje o stanowiskach pracy

Lp.	Wyszczególnienie	STANOWISKO*	STANOWISKO*
1	Nazwa stanowiska*		
2	Wymiar czasu pracy		
3	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje kandydata (zgodnie z dołączonym zgłoszeniem oferty pracy) w tym wymagane wykształcenie (pole obowiązkowe)		
4	Inne wymagania		
5	Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznie ogółem		
	z tego:		
	- wynagrodzenie brutto		
	- składki na ubezpieczenia społeczne będące kosztem pracodawcy		
6	Wnioskowana kwota refundacji miesięcznie ogółem (nie więcej jak minimalne wynagrodzenie w przeliczeniu na pełny etat)		
	z tego:		
	- wynagrodzenie brutto		
	- składki na ubezpieczenia społeczne będące kosztem pracodawcy		

* w przypadku większej ilości stanowisk, należy w/w tabelę sporządzić dodatkowo

III. Oświadczam, że:

1. Jestem/ nie jestem beneficjentem pomocy publicznej ^{1*}
2. Nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. Nie posiadam zaległych zobowiązań podatkowych oraz nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych.

* właściwe zaznaczyć.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Pieczęć, podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy)

Wymagane dokumenty (załączniki) do wniosku:

1. Kopia – potwierdzona za zgodność z oryginałem² - dokumentu potwierdzającego uprawnienia do występowania w obrocie prawnym.
2. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.
3. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis*
5. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

*** dokumenty z pkt 2 i 3 składają do wniosku podmioty będące beneficjentami pomocy publicznej**

UWAGA: Wnioski wypełnione nieczytelnie lub niekompletne, podpisane przez nieupoważnioną osobę i nie zawierające wszystkich wymaganych informacji BĘDĄ ROZPATRYWANE PO ICH UZUPEŁNIENIU.

Wniosek podlega rozpatrzeniu w terminie 30 dni od dnia dostarczenia kompletu dokumentów.

¹ **Beneficjent pomocy publicznej** – podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.

² Przez jednostkę wydającą lub pracownika tutejszego Urzędu na podstawie przedstawionego oryginału do wglądu.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pile

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuje się, że:

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowy Urząd Pracy w Pile, aleja Niepodległości 24, 64-920 Piła.**

2. Inspektor Ochrony Danych:

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z pracownikiem pełniącym funkcję Inspektora Ochrony Danych, w następujący sposób:

- a) drogą elektroniczną: iod@pup.pila.pl.
- b) telefonicznie: 67 211-62 19,
- c) pisemnie: adres siedziby Administratora danych.

3. Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych.

Celem zbierania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisu prawa lub realizacja umowy, w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz art. 6 ust. 1 lit c RODO.

4. Odbiorcy danych osobowych:

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe w szczególności z zakresu obsługi IT, operatorom pocztowym, itp.

5. Okres przechowywania danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa (dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy przez okres 50 lat), zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu prawo do żądania: dostępu do danych osobowych; otrzymania ich kopii; sprostowania, ograniczenia przetwarzania. Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

7. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Sawki 2, 00-193 Warszawa.

8. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych:

Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów wynikających z przepisów prawa lub realizacji umowy. W przypadku niepodania danych, wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe.

9. Państwa dane osobowe nie są i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji, nie będą profilowane i nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Przyjmuję do wiadomości:

(data i czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wnioskodawcy/ imię i nazwisko)

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS,
POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

(W ZAKRESIE WYNIKAJĄCYM Z ART.37 UST. 1 I 2 USTAWY Z 30 KWIEŃNIA 2004R. O POSTĘPOWANIU W SPRAWACH DOT.
POMOCY PUBLICZNEJ)

Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis:

1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

.....

3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

.....

Oświadczam, iż:

1) w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku

☐ **nie uzyskałem/-liśmy** pomocy de minimis*

☐ **uzyskałem/-liśmy** pomoc de minimis* w następującej wielkości**:

w PLN	
-------	----------------------

W EUR	
-------	----------------------

2) w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat kalendarzowych

☐ **nie uzyskałem/-liśmy** pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie *

☐ **uzyskałem/-liśmy** pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie * w następującej wielkości**:

w PLN	
-------	----------------------

W EUR	
-------	----------------------

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.

.....
(data, czytelny podpis i pieczęć
Wnioskodawcy***)

* należy zaznaczyć właściwą odpowiedź

** wszelkie informacje zawarte w rubrykach powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy

*** podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

Oferta otwarta: zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy* ☐

Oferta zamknięta: niezawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy* ☐

Dane dotyczące pracodawcy krajowego:

Nazwa pracodawcy NIP	Adres pracodawcy miejscowość..... kod pocztowy..... ulica i numer nr telefonu.....
--	---

Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? **TAK / NIE***

W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy zostałem skazany lub ukarany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy **TAK / NIE***

Dane dotyczące zgłaszanego miejsca pracy:

Nazwa stanowiska	Miejsce wykonywania pracy	Liczba wolnych miejsc pracy - w tym dla osób niepełnosprawnych <table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table>		

Ogólny zakres obowiązków (charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy)

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

Rodzaj umowy ☐ na czas nieokreślony ☐ na czas określony ☐ na okres próbny ☐ na zastępstwo ☐ umowa zlecenie ☐ umowa o dzieło ☐ umowa agencyjna ☐ inna	Wymiar czasu pracy Data rozpoczęcia pracy	System czasu pracy ☐ podstawowy ☐ równoważny ☐ ruch ciągły ☐ przerywany ☐ zadaniowy ☐ skrócony ☐ inny Praca w dni wolne TAK / NIE*	Rozkład czasu pracy ☐ jedna zmiana ☐ dwie zmiany ☐ trzy zmiany ☐ ruch ciągły ☐ inna Godziny pracy od.....do..... od.....do.....
Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto:	System wynagradzania (akordowy, prowizyjny, czasowy, miesięczny, itp.)	Okres zatrudnienia/ okres wykonywania umowy Czy oferta pracy jest ofertą pracy tymczasowej w rozumieniu art. 19g ustawy TAK / NIE*	

Oczekiwania wobec kandydatów do pracy:

1)poziom wykształcenia i kierunek
2) uprawnienia
3) umiejętności
4) doświadczenie zawodowe
5) znajomość języków obcych (wymienić jakie) oraz poziom znajomości
.....

Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG (państwa Unii Europejskiej oraz Norwegia, Islandia, Liechtenstein i Szwajcaria): **TAK / NIE***

Postępowanie z ofertą pracy:

Okres aktualności oferty (maksymalnie 30 dni):

Częstotliwość kontaktów w sprawie oferty pracy:

Zgłosiłem/nie zgłosiłem* tę ofertę pracy w tym samym czasie do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na upowszechnienie informacji identyfikujących pracodawcę

Upowszechnienie oferty pracy w wybranych państwach EOG TAK / NIE* (jeżeli tak – należy wypełnić załącznik do oferty pracy dla obywateli EOG - dostępny na stronie internetowej PUP w Pile: pila.praca.gov.pl)

Jestem/nie jestem* zainteresowany przekazaniem oferty pracy do wskazanych powiatowych urzędów pracy, w celu upowszechnienia jej w ich siedzibach (jeżeli tak - należy podać jakich)
.....

Dane uzupełniające:

Imię i nazwisko pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu oraz nr telefonu:
.....

Podstawowy rodzaj działalności wg PKD..... **REGON**.....

Forma prawna prowadzonej działalności: ☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ☐ spółka (jaka).....
☐ inna (jaka).....

Liczba zatrudnionych pracowników.....

Preferowana forma kontaktu pomiędzy pup i osobą wskazaną przez pracodawcę:
☐ kontakt telefoniczny ☐ inna (jaka):

Nr faksu/ adres poczty elektronicznej/ adres strony internetowej.....
.....

Kod zawodu (wg klasyfikacji zawodów i specjalności).....

Nazwa zawodu

Realizacja oferty:

Jestem zainteresowany organizacją **Gieldy Pracy TAK / NIE***

Jestem zainteresowany otrzymaniem informacji o liczbie osób zarejestrowanych spełniających oczekiwania TAK / NIE*

Jestem zainteresowany pomocą doradcy zawodowego w doborze kandydatów do pracy TAK / NIE* (jeżeli tak – należy wypełnić wniosek dostępny na stronie internetowej PUP w Pile: pila.praca.gov.pl)

Zgłaszam ofertę w celu uzyskania **informacji starosty** na temat możliwości zaspokojenia potrzeb kadrowych podmiotu powierzającego pracę cudzoziemcowi TAK / NIE*, jeżeli tak – należy zaznaczyć: Wyrażam zgodę na kierowanie przez PUP kandydatów do pracy? TAK / NIE*

Liczba osób, która ma zostać skierowana do pracodawcy.....

Dodatkowe informacje (np. zakwaterowanie, dowóz, wymagane przez pracodawcę dokumenty):
.....

Uwaga!

Powiatowy urząd pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli pracodawca zawarł w ofercie wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.

Zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Pile. W/w klauzula dostępna jest na stronie internetowej Urzędu pila.praca.gov.pl, u doradców klienta oraz na tablicach informacyjnych tutaj. Urzędu.

.....
(miejscowość i data) (czytelny podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

Adnotacja urzędu:

Numer oferty pracy:	Data przyjęcia oferty:	Data wycofania oferty:
..... OfPr/ /		

* Właściwe zaznaczyć