*Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 2 /2025*

………………………………..  
pieczęć firmowa Wnioskodawcy

*Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Jaworze*

*z dnia 24 stycznia 2025 roku*

**POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE** Centrum Aktywizacji Zawodowej

Ul. Strzegomska 7  
59-400 Jawor

Znak: CAZ.444.**…………...**2025

**WNIOSEK**  
**o przyznanie dofinansowania kosztów zatrudnienia skierowanego bezrobotnego   
lub poszukującego pracy w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**   
(na zasadach określonych w art. 57a Ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)

* **KOREKTA WNIOSKU-** dotyczy części, punktów, załączników**…………………………  
  \*** W przypadku zaznaczenia opcji KOREKTA należy wpisać, których części i punktów lub załączników dotyczy

**INFORMACJA:**

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. Powiatowy Urząd Pracy w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku informuje Wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.
3. Urząd wyznacza Wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy jest on nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny.
4. Podmiot prowadzący dom pomocy społecznej (zwany dalej DPS) albo jednostka organizacyjna wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej(zwana dalej WRiPZ) **nie może wystąpić z wnioskiem o zwrot kosztów na pracownika, który w okresie ostatnich 6 miesięcy był zatrudniony w tym domu pomocy społecznej prowadzącemu DPS albo w jednostce organizacyjnej WRiPZ.**

**WNIOSKODAWCA JEST:** /zaznaczyć właściwe/

* podmiotem prowadzącym dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 1, 66 i 1079)
* 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 (Dz. U. z 2022r. poz. 447),

**CZĘŚĆ I. – DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa Wnioskodawcy** |  |
| 1. **Adres siedziby** |  |
| 1. **Adres miejsca prowadzenia działalności gospodarczej** |  |
| 1. **Nr telefonu** |  |
| 1. **Nr fax** |  |
| 1. **Adres e- mail** |  |
| 1. **Forma organizacyjno - prawna** |  |
| 1. **Nazwa banku i nr konta** | ……………………………………………………………………….  ------ |
| 1. **NIP/ REGON** |  |
| 1. **NR PKD** |  |
| 1. **Numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonych przez wojewodę:** |  |
| 1. **Data rozpoczęcia działalności** |  |
| 1. **Stopa ubezpieczenia wypadkowego** | % |
| 1. **Liczba pracowników zatrudnionych u pracodawcy w ramach umowy o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:** | **osób\***   \* do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, młodocianych, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. w ramach umów zlecenie, o dzieło), na urlopach macierzyńskich lub wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych |
| 1. **Imię, nazwisko oraz  nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem** |  |

1. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania porozumienia/umowy:

/nazwisko i imię / /stanowisko/

/nazwisko i imię / /stanowisko/

**CZĘŚĆ II. – DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA**

**SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO LUB POSZUKUJĄCEGO PRACY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **LICZBA BEZROBOTNYCH/POSZUKUJĄCYCH PRACY WNIOSKOWANYCH DO ZATRUDNIENIA** |  |
| 2 | **NAZWA STANOWISKA PRACY** |  |
| 3 | **MIEJSCE I DOKŁADNY ADRES WYKONYWANIA PRACY** |  |
| 4 | **ZMIANOWOŚĆ:** | □ jedna zmiana □ dwie zmiany  □ trzy zmiany □ inne |
| 5 | **GODZINY PRACY** | **Od ………………………..do……………….** |
| 6 | **RODZAJ PRACY JAKA BĘDZIE WYKONYWANA** |  |
| 7 | **WYMAGANE KWALIFIKACJE I UPRAWNIENIA** niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni (zawód, wykształcenie, dodatkowe uprawnienia, umiejętności) |  |
| 8 | **WYSOKOŚĆ PROPONOWANEGO WYNAGRODZENIA BRUTTO** dla osoby skierowanej przez Urząd Pracy | zł/m-c. |
| **TERMIN WYPŁAT WYNAGRODZEŃ PRACOWNICZYCH JEST REALIZOWANY:** | a/ w bieżącym miesiącu …………………………….......    b/ do 10 dnia następnego miesiąca ............................... |
| 9 | **WNIOSKOWANY OKRES ZWROTU KOSZTÓW ZA ZATRUDNIENIE** /nie dłuższy niż 12 m-cy./ | ………………..miesięcy od………………………… |
| 10 | **WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEGO ZWROTU KOSZTOW ZA ZATRUDNIENIE 1 OSOBY:**  /nie więcej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto./ |  |
| 11 | **WYMIAR CZASU PRACY** | w pełnym wymiarze czasu pracy  co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy /dotyczy bezrobotnych opiekunów osób niepełnosprawnych/. |
| 12 | **KANDYDAT DO ZATRUDNIENIA** (imię i nazwisko oraz miejsce zamieszkania)  /Wskazana przez Wnioskodawcę osoba będzie weryfikowana przez Urząd Pracy co do możliwości jej skierowania do Wnioskodawcy/. |  |
| 13 | **DEKLAROWANY OKRES DALSZEGO ZATRUDNIENIA SKIEROWANEJ/YCH OSOBY/OSÓB PO OKRESIE DOFINANSOWANIA NA UMOWĘ O PRACĘ**  /nie krótszy niż 3 miesiące./ |  |

Podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub  
 osoby uprawnionej do reprezentacji

**CZĘŚĆ IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

**Wnioskodawca oświadcza, że**: /właściwe zaznaczyć/

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Nie zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. * Zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom lub opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. |
|  | * Jest beneficjentem pomocy publicznej. * Nie jest beneficjentem pomocy publicznej |
|  | * Otrzymał dofinansowania na ten sam cel z innych środków publicznych. * Nie otrzymał dofinansowania na ten sam cel z innych środków publicznych. |
|  | * Nie zalega z opłacaniem w terminie innych danin publicznych * Zalega z opłacaniem w terminie innych danin publicznych. |
|  | * W okresie 365 dni przez dniem złożenia wniosku wraz z ofertą pracy nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie. |
|  | * Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy o możliwości przekroczenia limitu wartości pomocy 200.000 EUR liczonej w ostatnich trzech latach kalendarzowych. |
|  | * Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnai złożenia wniosku do dnia podpisania porozumienia/umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku. |

**Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych   
(art. 233 k.k.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku   
są zgodne z prawdą.**

podpis i pieczęć Głównego Księgowego lub innej osoby Podpis i pieczęć Wnioskodawcy  
prowadzącej dokumentację finansową lub osoby uprawnionej do reprezentacji

**CZĘŚĆ V. ZAŁĄCZNIKI:**

1. Zgłoszenie oferty pracy w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (zał. nr 1 we wniosku).
2. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (zał. nr 2 we wniosku).
3. Beneficjenci pomocy publicznej[[1]](#footnote-1) do wniosku dołączają formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o *pomoc de minimis,* dostępny na stronie internetowej [www.jawor.praca.gov.pl](http://www.jawor.praca.gov.pl)
4. Właściwy dokument (kserokopia) stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy.   
   W przypadku jednostek samorządu terytorialnego i innych jednostek sektora finansów publicznych: dokumenty potwierdzające fakt powołania jednostki oraz dokumenty, z których wynika upoważnienie do występowania w imieniu jednostki.
5. Pełnomocnictwo osoby działającej w imieniu Wnioskodawcy.
6. Dokumenty regulujące funkcjonowanie stowarzyszenia/fundacji.

**Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone przez Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem!**

**POWIATOWY URZĄD PRACY   
W JAWORZE**

ul. Strzegomska 7, 59-400 Jawor,   
tel. 729-11-00; fax 729-00-38

e-mail: [wrja@praca.gov.pl](mailto:wrja@praca.gov.pl)

*Załącznik nr 1 do Wniosku   
o przyznanie dofinansowania kosztów zatrudnienia   
skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy w domu pomocy społecznej*

*lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej*

***ZGŁOSZENIE OFERTY PRACY W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ LUB JEDNOSTCE ORGANIZACYJNEJ WSPIERANIA RODZINY I SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa pracodawcy krajowego:**  .................................................................................  .................................................................................  Imię i Nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę krajowego  .................................................................................  Telefon lub inny sposób porozumiewania się  …………………………………………………….. | **Nr pracodawcy krajowego:**……………………………………………… | |
| **Adres pracodawcy krajowego:**  Kod pocztowy……..………… Miejscowość ………..........................................................  Ulica ..............................................................................................................................  Gmina ............................................................................................................................ | |
| **Forma kontaktu kandydatów z pracodawcą krajowym:**  osobiście | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   5. **Numer NIP**:  6. **REGON:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **.** |  |  | **.** |  |   7. **Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:** | | **Liczba wolnych miejsc**  **zatrudnienia**  **- w tym dla osób**  **niepełnosprawnych** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa zawodu:**  ...........................................................  ...........................................................  Kod zawodu wg PKD | | | | | | **Nazwa stanowiska:** | **Miejsce wykonywania pracy:** |
|  |  |  |  |  |  |
| **WYNAGRODZENIE MIESIĘCZNE**  **w kwocie brutto** | | | | | | **Data rozpoczęcia zatrudnienia:** | **Okres zatrudnienia:** |
| **Rodzaj umowy:**  **UMOWA O PRACĘ**   * W pełnym wymiarze czasu pracy * W ½ wymiaru czasu pracy | | | | | | **Zmianowość:**   * jedna zmiana * dwie zmiany * trzy zmiany * inne | **Godziny pracy:**  **Praca w porze nocnej:**   * TAK * NIE |
| **WYMAGANIA PRACODAWCY:** | | | | | | | **ZAKRES OBOWIĄZKÓW:** |
| 1. **Wykształcenie:** | | | | | | |
| 1. **Umiejętność – specjalność:** | | | | | | |
| 1. **Uprawnienia:** | | | | | | |
| 1. **Staż pracy:** | | | | | | |
| 1. **Znajomość j. obcych:** | | | | | | |
| 1. **Inne:** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr oferty** ……………….  **Nr rej.:** ……………….… | **Data zgłoszenia oferty:**  ………………………………… | **Okres aktualności oferty**  ……………………… | **Data realizacji / wycofania oferty**  ……………………… |
| **Częstotliwość kontaktów PUP w sprawie oferty:**  co ……………………… dni | **Zasięg upowszechniania oferty pracy:**  1) Terytorium Polski  **POWIAT JAWORSKI**  2) UE/EOG | **Sposób przyjęcia oferty:**  W RAMACH WNIOSKU  O FORMĘ WSPARCIA | **Podpis i pieczęć pośrednika przyjmującego ofertę.**  …………………………………................. |
| **Realizacja oferty w formie:**    zawierającej dane umożliwiające  identyfikację pracodawcy (oferta otwarta)  nie zawierającej danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (oferta zamknięta) | | |  |
| **Ustalenia z pracodawcą dotyczące realizacji oferty pracy:**   * Pracodawca jest zainteresowany zorganizowaniem giełdy pracy. * Pracodawca nie jest zainteresowany zorganizowaniem giełdy pracy. | | | |

………………………………………….

Data i podpis pracodawcy



*Załącznik nr 2 do Wniosku   
o przyznanie dofinansowania kosztów zatrudnienia   
skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy w domu pomocy społecznej*

*lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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 (zwanego dalej RODO) **Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze informuje, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze, reprezentowany przez Dyrektora tej instytucji. Adres siedziby: ul. Strzegomska 7, 59 – 400 Jawor. Dane kontaktowe: tel. 76 729 11 00, adres   
   e-mail: wrja@praca.gov.pl.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 RODO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować elektronicznie pod adresem **e-mail: iod@jawor.praca.gov.pl** lub wysyłając pisemną korespondencję na adres siedziby Urzędu z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”. Z Inspektorem Danych Osobowych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych   
   z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku oprzyznanie dofinansowania kosztów zatrudnienia skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. b, c i e RODO,ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione:

* podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* podmiotom przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe, w imieniu Administratora na podstawie zawartych umów (dostawcy usług zaopatrujących Administratora w rozwiązania techniczne, organizacyjne   
  i informatyczne – dostawy oprogramowania i systemów informatycznych, obsługa i serwis sprzętu),
* audytorom, kontrolerom lub innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa do dokonywania kontroli,
* podmiotom prowadzącym działalność pocztową,
* Radcy Prawnemu współpracującemu z Administratorem.

1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, do którego zostały zebrane,   
   a następnie archiwizowane na zasadach określonych w Instrukcji archiwalnej, Instrukcji kancelaryjnej oraz w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązujących w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jaworze.
3. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:

* dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
* prawo do sprostowania swoich danych,
* prawo do usunięcia danych osobowych,
* prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
* prawo wniesienia sprzeciwu,
* prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, jeżeli Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzyskanej zgody, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych oraz zawarcia i realizacji umowy o organizowanie prac interwencyjnych.
3. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

…………………………………………………..………………..  
data i podpis Wnioskodawcy  
 lub osoby uprawnionej do reprezentacji

1. Zgodnie z art. 2 pkt 16 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej przez beneficjenta pomocy należy rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno- prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną. [↑](#footnote-ref-1)