

 Data wpływu wniosku do PUP

 …………………………………………….

 /miejscowość, data/

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

/pieczęć firmowa wnioskodawcy/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Limanowej**

**W N I O S E K**

**w sprawie dofinansowania kosztów podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy**

**Na zasadach określonych w art 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz.475 z późn.zm.).**

**Wnioskującym jest:**

* PODMIOT PROWADZĄCY DOM POMOCY SPOŁECZNEJ, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1283)
* JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA 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 2025 r. poz. 49),

**I. DANE DOTYCZ**Ą**CE WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa i adres siedziby wnioskodawcy:

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

Miejsce prowadzenia działalności:

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

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

Telefon kontaktowy: ……………………………… e-mail: ...…………………………………………...…….

2. REGON : ……………………….…………… NIP: ……………………………………………………

3. Oznaczenie formy organizacyjno - prawnej prowadzonej działalności: ……………………………………………………………………………………………………………………

Nr w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę……………………………………..

Data rozpoczęcia działalności:……………………………………………………………………………………

4. Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy (imię nazwisko i stanowisko służbowe): …………………………………………………………………………………………………………………….

5. W przypadku wyznaczenia osoby do kontaktu z PUP Limanowa w sprawie realizacji wniosku, proszę o wskazanie jej danych (imię nazwisko, stanowisko służbowe oraz kontakt telefoniczny):

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

 6. Termin wypłaty wynagrodzenia:

 na koniec danego miesiąca / w miesiącu następnym (niepotrzebne skreślić)

 7. Numer rachunku bankowego:

**II DANE DOTYCZ**Ą**CE ORGANIZACJI ZATRUDNIENIA:**

1. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pacy przewidzianych do zatrudnienia: ………..
2. Planowany okres ich zatrudnienia: ……………………………………………………………………………
3. Stanowiska przewidziane dla bezrobotnych: ………………………………………………………………….

 4. Dla skierowanych przez Urząd Pracy bezrobotnych/poszukujących pracy:

 a)proponujemy wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości:……………..……………… zł,

 b)wnioskowana wysokość refundowanych z Funduszu Pracy kosztów zatrudnienia skierowanego bezrobotnego/poszukujących pracy wyniesie …………………..…… zł (wysokość refundacji nie może przekroczyć kwoty minimalnego wynagrodzenia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy).

 c)wnioskowany okres refundacji ……………………(wnioskowany okres refundacji nie może przekroczyć 12 m-cy)

5. Opis planowanego stanowiska pracy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa stanowiska pracy** | **Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowaną osobę (skrócony zakres czynności)** | **Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi**  | **Zmianowość/ godziny pracy****Wymiar czasu pracy**  | **Wynagrodzenie miesięczne brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

6. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 24 miesięcy?

 NIE TAK, jeżeli tak to proszę podać w jakiej formie:

 prace interwencyjne, staże, refundacja wyposażenia stanowiska pracy,

 inne (podać jakie): ………………………………………..............

Data : .............................................. …………………………………………

 (podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**III OŚWIADCZENIA WNISOKODAWCY:**

1. Oświadczam, że nie zalegam w dniu składania wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.

2. Potwierdzam, że dane zawarte we wniosku oraz treść oświadczeń są zgodne z prawdą.

Data : .............................................. …………………………………………

 (podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. oświadczenie o niepodleganiu przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. (Dz. U. z 2023r. poz. 702) o postępowaniu w sprawach dot. pomocy publicznej **(załącznik nr 1)**, lub
2. w przypadku gdy Wnioskodawca jest beneficjentem pomocy publicznej – informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 tej ustawy **(załącznik nr 2 i 3).**

**Uwagi:**

1. Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ 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.
2. Powiatowy Urząd w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku poinformuje wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.
3. Urząd wyznaczy Wnioskodawcy co najmniej 7 – dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy jest on nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny.

*Szczegółowe informacje dotycz*ą*ce organizacji zatrudnienia mo*ż*na uzyska*ć *w siedzibie Powiatowego*

*Urz*ę*du Pracy w Limanowej, ul. J. Marka 9 pok. 333 oraz pod nr tel. 0-18 33-37-883*

**załącznik nr 1**

…………………………………. Limanowa, dnia ..........................................

 / pieczęć wnioskodawcy /

**Oświadczenie \***

Zgodnie z ustawą z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej / Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm. / informuję, iż nie podlegam przepisom w/w ustawy.

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

 /podpis wnioskodawcy/

Uwaga:

**\* dotyczy tylko Pracodawcy nie będącego beneficjentem pomocy publicznej**

**załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**INFORMACJA O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż ........................................................................................................................ :

 (pełna nazwa wnioskodawcy)

 \* w okresie minionych trzech lat (3 razy 365 dni) **nie uzyskał/a** pomocy publicznej de minimis.

 \*w okresie minionych trzech lat (3 razy 365 dni) **uzyskał/a** pomoc publiczną de minimis w następującej wielkości (proszę wypełnić poniższą tabelę\*\*):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy(dzień-miesiąc-rok) | Wartość pomocy brutto |
| w PLN | w EUR |
| .... |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Łączna wartość *de minimis*** |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ……………………….…

 (data i podpis wnioskodawcy)

\* – należy zakreślić właściwą odpowiedź.

\*\* – wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodnie z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Wnioskodawca otrzymał od podmiotów udzielających mu pomocy de minimis w okresie minionych trzech lat (3 razy 365 dni).

Do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

a) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników;

b) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

c) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;

d) jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)–d), poprzez co najmniej jedną inną jednostkę gospodarczą również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

**Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis.**

**załącznik nr 3**

|  |
| --- |
| **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** |
| **Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023)** |
| **A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis1)** | **A1. Informacje dotyczące wspólnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce2)** |
| **1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu** | **1a) Identyfikator podatkowy NIP wspólnika3)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu** | **2a) Imię i nazwisko albo nazwa wspólnika** |
|  |  |  |  |  |  |
| **3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu** | **3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wspólnika** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5) Forma prawna podmiotu5)** |
|  |  | **przedsiębiorstwo państwowe** |
|  |  | **jednoosobowa spółka Skarbu Państwa** |
|  |  | **jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o** |
| **gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 45, poz. 236)** |
|  |  | **spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka** |
| **samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są****podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)** |
|  |  | **jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach** |
| **publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.)** |
|  |  | **inna (podać jaka)** |
|  |  |  |
|  |
| **6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1)5)** |
|  |  | **mikroprzedsiębiorca** |
|  |  | **mały przedsiębiorca** |
|  |  | **średni przedsiębiorca** |
|  |  | **inny przedsiębiorca** |
| **7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.)6)** |
|  |  |  |  |  |  |
| **8) Data utworzenia podmiotu** |
|  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |
|  |
| **Strona 1 z 7** |

|  |
| --- |
| **9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami7)****Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:** |
| **a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu** |  | **tak** |  | **nie** |
| **zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy?** |
| **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie** |  | **tak** |  | **nie** |
| **z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi?** |
| **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego** |  | **tak** |  | **nie** |
| **członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego****przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?** |
| **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego** |  | **tak** |  | **nie** |
| **innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?****W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców** |  |  |
|  |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom8)** |
| **10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy****Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:** |
| **a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **b) przejął innego przedsiębiorcę?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?** |  | **tak** |  | **nie** |
| **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a) lub b) należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców** |  |  |
|  |
|  |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom8)****W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:** |
| **a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **podziałem** |
| **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot8)****Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem****przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:** |
| **– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym** |  |  |
| **roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach****podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem8)** |
| **– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)** |  |  |
| **– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)** |  |  |
|  |
| **Strona 2 z 7** |

|  |
| --- |
| **B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona** **pomoc de minimis9)** |
|  |
| **1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |
| **2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** |  | **tak** |  | **nie** |
|  |  | **nie dotyczy** |
| **3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:** |
| **a) podmiot odnotowuje rosnące straty?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **b) obroty podmiotu maleją?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **potencjał do świadczenia usług?** |
| **d) podmiot ma nadwyżki produkcji11)?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **zerowa?** |
| **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **zakresie płynności finansowej?****Jeśli tak, należy wskazać jakie:** |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 3 z 7** |

|  |
| --- |
| **C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis** |
| **Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi działalność:** |
| **1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury12)?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
|  |
| **2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |
| **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |
| **4) w sektorze drogowego transportu towarów?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?** |
| **5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest** |  |  **tak** |  |  **nie** |
| **rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach** |
| **działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?** |  | **nie dotyczy** |
|  |
|  |  |  |
|  |
| **Strona 4 z 7** |

|  |
| --- |
| **D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis** |
|  |
|  **Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się** |  | **tak** |  | **nie** |
|  **zidentyfikować kosztów?** |
|  **Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał** |  | **tak** |  | **nie** |
|  **pomoc inną niż pomoc de minimis?** **Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.** |
|  | **Przeznaczenie pomocy** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wartość otrzymanej pomocy** | **brutto** | **5b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **nominalna** | **5a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Forma pomocy** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **informacje szczegółowe** | **3b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **informacje podstawowe** | **3a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Podmiot udzielający pomocy** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dzień udzielenia pomocy** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Lp.** |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |
|  |
| **Strona 5 z 7** |

|  |
| --- |
| **Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:****1) opis przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:** |
|  |  |  |
| **3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:** |
|  |  |  |
| **4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:** |
|  |  |  |
| **5) lokalizacja przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **7) etapy realizacji przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
| **8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:** |
|  |  |  |
|  |
| **E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** |
| **Imię i nazwisk Numer telefonu** |
|  |  |  |  |  |
| **Stanowisko służbowe Data i podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |
| **Strona 6 z 7** |

|  |
| --- |
|  |
| 1. W przypadku gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-

-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, w formularzu podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki.1. Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki

komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika albo komplementariusza).3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP.1. Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowej [http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie\_sprawozdan\_z\_wykorzystaniem\_aplikacji\_shrimp.php.](http://www.uokik.gov.pl/sporzadzanie_sprawozdan_z_wykorzystaniem_aplikacji_shrimp.php)
2. Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X.
3. Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.
4. Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego.
5. Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi.
6. Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc de minimis, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc de minimis ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2012 r. poz. 657, z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli prowadzenia działalności gospodarczej.
7. Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski.
8. Dotyczy wyłącznie producentów.
9. Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1).
10. Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.
11. Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza.
 |
| **Strona 7 z 7** |

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców**

Zgodnie z art. 13 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 (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Józefa Marka 9, 34-600 Limanowa, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Limanowej.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
	* realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
	* realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO;

ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz w aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie i innych przepisach powszechnie obowiązującego prawa.

1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
	* Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
	* Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
2. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia a po tym czasie zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną zatwierdzoną przez Archiwum Państwowe dla Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Limanowej.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia
i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
5. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
6. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w Urzędzie można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie:
* na adres siedziby Urzędu;
* na adres poczty elektronicznej: ido@limanowa.praca.gov.pl

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

**PUP-CAZ/RP 512-…………/……………..**

**(nr oferty oraz nr wniosku** **wpisuje Powiatowy Urząd Pracy) Data zgłoszenia oferty pracy**⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪

**CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA PRACODAWCA**:

|  |
| --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy** |
| Nazwa pracodawcy

|  |
| --- |
|       |

 | 1. Adres pracodawcy

ulica      **-**      kod pocztowy miejscowość gmina       e – mail       strona internetowa       telefon/fax       |
|
| 2. Nazwisko, imię, stanowisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu z PUP -       Tel. -       |
|
|
|
| 1. Dane firmy:

**NIP** ⁪⁪   -   -  -  **REGON**       **PKD**       | 5. Preferowana forma kontaktów (telefon, e-mail, inna)      |
|
|
| 1. Forma własności: [ ] ⁪prywatna [ ] ⁪publiczna
 | 1. Liczba zatrudnionych pracowników:
 |
| **II. Informacje dotyczące zgłaszanego miejsca pracy** |
| 1. Nazwa zawodu
2. Kod zawodu ([KZiS](http://img.iap.pl/s/319/202805/Edytor/File/pracodawcy_-_pliki/specyfikacja_zawodow.pdf) dostępna na stronie [www.pup.limanowa.praca.gov.pl](http://www.pup.limanowa.praca.gov.pl))

 ⁪⁪⁪⁪⁪⁪ | 1. Nazwa stanowiska

|  |
| --- |
|       |

 | 10. Liczba wolnych miejsc pracy     w tym dla osób niepełnosprawnych     |
| 11. Miejsce wykonywania pracy:       |
| 12. System i rozkład czasu pracy: [ ]  jedna zmiana [ ]  dwie zmiany [ ]  inne       |
| 13. Wymiar czasu pracy:⁪ [ ]  pełny⁪ [ ]  ½ etatu⁪ [ ]  inny       | 14. Rodzaj umowy:[ ]  na czas nieokreślony  [ ]  na czas określony [ ]  umowa zlecenie [ ]  inne -       | 15. Ogólny zakres obowiązków (charakterystyka wykonywanej pracy):

|  |
| --- |
|       |

 |
| 16. Wysokość proponowanego  wynagrodzenia brutto:       | 17. System wynagrodzenia  (czasowy, akordowy, prowizyjny, itp.)      | 18. Data rozpoczęcia pracy:      |  19. Okres zatrudnienia od      do       |
| **III. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy** |
| 20. Wymagania wobec kandydata do pracy: 1) poziom wykształcenia / kierunek      2) staż pracy/doświadczenie zawodowe      3) umiejętności      4)uprawnienia      5) znajomość języków obcych – język/poziom       | 21. Okres aktualności oferty : od       do      22. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę: [ ]  raz na trzy dni[ ]  inna       |
| **IV. Postępowanie z ofertą pracy** |
| 23. Zasięg upowszechniania oferty pracy[ ]  powiat [ ]  przekazać do innych PUP – jakich       [ ]  EOG - jakie państwo        |
| 24. Informacje uzupełniające i dodatkowe wymagania co do kandydatów z EOG (wymagania co do poziomu znajomości j. polskiego, w jakim języku przekazać dok. aplikacyjne, inf. dot. możliwości zakwaterowania, wyżywienia, finansowania kosztów podróży lub przeprowadzki, państw EOG gdzie oferta ma zostać dodatkowo upowszechniona i inne niezbędne, ze względu na charakter wykonywanej pracy

|  |
| --- |
|       |

 |

25. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia, zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? [ ]  TAK [ ]  NIE

26.Czy pracodawca w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem

 za naruszenie praw pracowniczych lub czy jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie? [ ]  TAK [ ]  NIE

27. Czy oferta pracy została zgłoszona do innego PUP na terenie kraju?  [ ]  TAK [ ]  NIE

28. Czy oferta ma być upowszechniana w sposób umożliwiający identyfikację pracodawcy? [ ]  TAK [ ]  NIE

Informacje uzupełniające dla pracodawcy:

1. W przypadku braku w zgłoszeniu krajowej oferty pracy **danych wymaganych (pkt 1-23)**, PUP powiadamia pracodawcę krajowego, w formie ustalonej dla wspólnych kontaktów, o konieczności uzupełnienia zgłoszenia. Nieuzupełnienie przez pracodawcę krajowego zgłoszenia, w terminie **do 7 dni** od dnia powiadomienia, powoduje, że oferta pracy **nie jest przyjmowana do realizacji** przez powiatowy urząd pracy.
2. Pracodawca zgłasza ofertę pracy do jednego powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo innego wybranego przez siebie urzędu.
3. Pracodawca zgłaszając ofertę pracy do powiatowego urzędu pracy może nie wyrazić zgody na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających jego identyfikację przez osoby niezarejestrowane w powiatowym urzędzie pracy.
4. W przypadku zamieszczenia ofert pracy zawierających jak i nie zawierających dane umożliwiające identyfikację pracodawcy, powiatowy urząd pracy ma obowiązek wydać skierowanie do pracodawcy osobie bezrobotnej lub poszukującej pracy, jeśli oferta spełnia kryterium ustawowe "odpowiedniej pracy".
5. W przypadku braku osób zarejestrowanych, spełniających wymagania określone w ofercie pracodawca ma możliwość; zmiany wymagań określonych w ofercie samodzielnie albo we współpracy z doradcą zawodowym lub przekazania oferty pracy do realizacji do innych powiatowych urzędów pracy,
6. Pracodawca może skorzystać z pomocy doradcy zawodowego i specjalisty ds. rozwoju zawodowego PUP w zakresie doboru kandydatów do pracy w ramach zgłoszonej oferty pracy lub ich przeszkolenia.
7. Zadania w zakresie upowszechniania oferty pracy, kontaktów z pracodawcą i osobami zarejestrowanymi oraz kierowanie zarejestrowanych do pracodawcy realizuje powiatowy urząd pracy, który przyjął ofertę pracy od pracodawcy.
8. Powiatowy urząd pracy **nie może przyjąć** oferty pracy, jeżeli pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu 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 /art. 36 ust. 5e ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/.
9. Powiatowy urząd pracy **może nie przyjąć** oferty pracy, w szczególności jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy /art. 36 ust. 5 f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/.

 ***Pracodawcy proszeni są o odnotowanie wyniku kontaktu z kandydatem do pracy na druku skierowania wystawionym przez PUP oraz niezwłoczne poinformowanie urzędu w przypadku przyjęcia do pracy ustalonej liczby osób lub utraty aktualności oferty przed uzgodnionym okresem.***

data, podpis i pieczęć pracodawcy

 **CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA URZĄD PRACY:**

|  |
| --- |
| **V. Weryfikacja oferty pracy:**  |
| 2929. Oferta pracy zawiera wszystkie „dane wymagane” i jest zgodna z przepisami prawa? ⁪🞎 TAK ⁪🞎 NIE |
| 30. Pracodawca został wezwany do uzupełnienia danych 🞎 TAK, w dniu …….……………….. 🞎 NIEZ uwagi na brak w zgłoszeniu…………………………………… Pracodawca uzupełnił dane w dniu 🞎 TAK 🞎 NIE |
| 30. Oferta przyjęta do realizacji 🞎 TAK 🞎 NIE31. Odmowa przyjęcia oferty pracy z powodu:…………………………………………………………………… |  32.  . …………………………………………….. Podpis i pieczęć pracownika  przyjmującego i weryfikującego ofertę |
| VI. Adnotacje Urzędu Pracy |
| 33. Numer pracodawcy⁪⁪⁪⁪⁪⁪⁪⁪34. Data przyjęcia oferty do realizacji ⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪ | 35. Numer zgłoszenia ofertyOfPr/⁪⁪/⁪⁪⁪⁪36. Numer pracownika PUP⁪⁪⁪ | 37. Sposób zgłoszenia oferty⁪pisemnie - osobiście ⁪drogą elektroniczną⁪ inna forma………….….. | 38. Sposób realizacji oferty ustalony z pracodawcą(skierowania, giełda pracy, inne)…………………………… |
| 39. Data upowszechnienia oferty pracy ⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪ 39. Data wycofania of. pr. ⁪⁪-⁪⁪-⁪⁪⁪⁪ 40. Powód wycofania oferty ……………………………… |
| **VI. Ustalenia z pracodawcą w trakcie realizacji oferty** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **VII. Realizacja krajowej oferty pracy** |
|  Lp. | Data wydania skierowania | Numer bezrobotnego | Imię i nazwisko osoby kierowanej | Odmowa przyjęcia skierowania do pracy | Wynik skierowania |
| Zatrudniony | Nie zatrudniony | Powód niezatrudnienia |
| uzasadniona | nieuzasadniona |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |