

.....  
Miejscowość

.....  
data

**DANE WNIOSKODAWCY:**

(WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA)

**ADNOTACJE URZĘDU:**

.....  
Pieczętka Wnioskodawcy

.....  
Nazwa podmiotu prowadzącego DPS  
lub jednostki organizacyjnej WRiPZ

.....  
Adres siedziby Wnioskodawcy

.....  
nr telefonu

.....  
nr telefonu komórkowego

.....  
e-mail

**DOTYCZĄCE WNIOSKU:**

Data wpływu .....

ZNAK .....

Pieczętka i podpis  
osoby przyjmującej wniosek: .....

WnDPS/...../.....

**DOTYCZĄCE UMOWY (w przypadku decyzji pozytywnej):**

Numer umowy .....

umowa od ..... do ..... liczba osób .....

umowa od ..... do ..... liczba osób .....

umowa od ..... do ..... liczba osób .....

**Wniosek należy złożyć  
w Centrum Aktywizacji Zawodowej  
Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy  
ul. Toruńska 147**

**Prezydent  
Miasta Bydgoszczy**

**UWAGA:** Wnioski wypełnione nieprawidłowo lub nieczytelnie,  
podpisane przez nieupoważnioną osobę, niezawierające pełnej  
informacji o wolnym miejscu pracy, bez kompletu załączników  
– podlegają uzupełnieniu w terminie 7 dni od dnia złożenia  
wniosku pod rygorem pozostawienia go bez rozpatrzenia.

## WNIOSEK

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

Podstawa prawna:

art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

## INFORMACJA:

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie oraz dołożenie wszelkich starań, aby na zawarte pytania udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ będą one podstawą do rozpatrzenia wniosku.
2. **Zgodnie art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Wnioskodawcą może być:**
  - 1) **podmiot prowadzący dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (zwany dalej „podmiotem prowadzącym DPS”),** czyli po uzyskaniu zezwolenia wojewody: jednostki samorządu terytorialnego; Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia; inne osoby prawne; osoby fizyczne lub
  - 2) **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 (zwana dalej „jednostką organizacyjną WRiPZ”),** czyli jednostki organizacyjne jednostek samorządu terytorialnego wykonujące zadania w zakresie wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, placówki wsparcia dziennego, organizatorzy rodzinnej pieczy zastępczej, placówki opiekuńczo-wychowawcze, regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne, interwencyjne ośrodki preadopcyjne, ośrodki adopcyjne oraz podmioty, którym zlecono realizację zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.
3. **Prezydent Miasta Bydgoszczy nie dokonuje zwrotu kosztów podmiotowi prowadzącemu DPS albo jednostce organizacyjnej WRiPZ, które:**
  - 1) **zalegają z wypłatą wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych albo wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;**
  - 2) **zalegają z opłacaniem innych danin publicznych.**
4. Wniosek może być złożony przez Wnioskodawcę do wybranego powiatowego urzędu pracy.
5. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
6. **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 tej jednostce organizacyjnej WRiPZ.** Do zatrudnienia mogą zostać skierowane osoby bezrobotne lub poszukujące pracy, jeżeli:
  - posiadają wskazane przez Wnioskodawcę we wniosku wykształcenie, kwalifikacje, predyspozycje zawodowe oraz udokumentowane, w razie konieczności, uprawnienia adekwatne do zakresu prac na zaproponowanym stanowisku,
  - nie ubiegają się o pracę w zawodach deficytowych na rynku pracy, w przypadkach gdy mogą uzyskać zatrudnienie bez subsydiowania środkami publicznymi lub podjąć inną pracę zarobkową.
7. Wnioskodawca w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku wraz z wymaganymi załącznikami powiadamiany jest o jego rozpatrzeniu i podjętej decyzji.
8. Przy ocenie wniosku będą brane pod uwagę przede wszystkim efektywność zatrudnieniowa uprzednio zawartych umów, regularne składanie wniosków o płatność i dokumentów niezbędnych do realizacji oraz rozliczenia umowy.
9. Prezydent Miasta Bydgoszczy, zawiera z Wnioskodawcą umowę, w której zobowiązuje się do zrefundowania **przez okres do 6 miesięcy** część kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne zatrudnionego bezrobotnego/poszukującego pracy **(2.800,00 zł miesięcznie na 1 zatrudnionego + składki na ubezpieczenia społeczne – emerytalna, rentowa, wypadkowa po stronie pracodawcy – naliczone od ww. kwoty),** a Wnioskodawca zobowiązuje się zatrudnić bezrobotnego/poszukującego pracy w pełnym wymiarze czasu pracy na okres, za który dokonywana jest refundacja, tj. do 6 miesięcy. Aby uznać umowę za efektywną Wnioskodawca winien zatrudnić skierowaną osobę na kolejne 3 miesiące po zakończeniu okresu refundacji na umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną.
10. Podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ obowiązane są do zwrotu uzyskanych refundacji wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanych środków od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Prezydenta Miasta Bydgoszczy w przypadku:
  - a) złożenia niezgodnych z prawdą informacji/zaświadczeń/oświadczeń dotyczących pomocy de minimis,
  - b) niewywiązania się z warunku utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy przez okres wynikający z umowy,
  - c) wystąpienia z wnioskiem o zwrot kosztów na pracownika, który w okresie ostatnich 6 miesięcy od dnia złożenia wniosku był zatrudniony w tym domu pomocy społecznej albo w tej jednostce organizacyjnej WRiPZ lub
  - d) naruszenia innych warunków umowy.
11. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy w trakcie okresu objętego refundacją, Prezydent Miasta Bydgoszczy kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego/poszukującego pracy.
12. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy na zwolnione stanowisko pracy, podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Prezydenta Miasta Bydgoszczy. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego/poszukującego pracy przez Powiatowy Urząd Pracy na zwolnione stanowisko pracy, podmiot prowadzący DPS albo jednostka organizacyjna WRiPZ nie zwraca uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny/poszukujący pracy pozostawał w zatrudnieniu.
13. Zwrot kosztów zatrudnienia stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

## I. Dodatkowe dane dotyczące Wnioskodawcy i prowadzonej działalności:

### 1. Wnioskodawca jest (właściwe zaznaczyć):

- podmiotem prowadzącym dom pomocy społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- 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.

### 2. Miejsce prowadzenia działalności: .....

(jeśli jest inne niż adres siedziby)

### 3. Dane identyfikacyjne:

..... NIP (jeżeli został nadany)	..... REGON (jeżeli został nadany)
-------------------------------------	---------------------------------------

### 4. Dane osoby do kontaktu

Imię i nazwisko: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

### 5. Imię, nazwisko i stanowisko osoby uprawnionej do reprezentacji i podpisania umowy (zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach):

.....  
.....

### 6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności oraz w przypadku domów pomocy społecznej – numer w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę: .....

.....

### 7. Nazwa banku: .....

### 8. Numer rachunku bankowego: .....

### 9. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: .....%

(**UWAGA:** W przypadku zmiany wysokości składki wypadkowej należy dostarczyć do PUP w Bydgoszcy decyzję ZUS o zmianie jej wysokości)

## II. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników, w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Forma zatrudnienia	W dniu złożenia wniosku	6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników)						Średni stan zatrudnienia w ostatnich 6 miesiącach wynosi (etaty)
		1 miesiąc przed	2 miesiące przed	3 miesiące przed	4 miesiące przed	5 miesięcy przed	6 miesięcy przed	
Na podstawie umowy o pracę								

**UWAGA:** Przy wskazywaniu stanu zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urloпах macierzyńskich, urloпах na warunkach urlopu macierzyńskiego, urloпах ojcowskich, urloпах rodzicielskich, urloпах opiekuńczych i urloпах wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (zatrudnienie osób młodocianych) oraz osób odbywających staż/przygotowanie zawodowe dorosłych

**Oświadczam, że** w okresie ostatnich 6 miesięcy **dokonano/nie dokonano\*** zwolnień pracowników na wnioskowanym stanowisku pracy.

W przypadku rozwiązania stosunku pracy proszę podać przyczynę i stronę, która dokonała rozwiązania oraz sposób rozwiązania umowy:

.....  
.....

\* niepotrzebne skreślić

### **III. Dane dotyczące miejsc pracy, na których zostaną zatrudnione osoby bezrobotne lub poszukujące pracy:**

1. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy: .....

2. Okres zatrudnienia: ..... miesięcy

3. Data rozpoczęcia i zakończenia pracy: .....

4. Miejsce wykonywania pracy skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy:

.....  
.....

5. Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto dla skierowanych osób bezrobotnych/poszukujących pracy: ..... zł

6. Wpłata wynagrodzenia dla zatrudnionego bezrobotnego/poszukującego pracy będzie dokonywana w następującym terminie (**właściwe zaznaczyć**):

do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,

do 10 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

7. Wnioskowana wysokość miesięcznej refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy – wkład finansowy ze środków Funduszu Pracy:

1) refundowana kwota wynagrodzenia: ..... zł

2) składki na ubezpieczenia społeczne:

$(16,26 + \dots\% = \dots\%) \rightarrow$  refundowana kwota składek: ..... zł  
składka na ubezpieczenie wypadkowe

3) miesięczny wkład finansowy Funduszu Pracy ogółem (ppkt 1 + 2): .....

4) od wypłat finansowych z Funduszu Pracy ustala się składki na Fundusz Pracy, opłacane w całości ze środków własnych Pracodawcy.

Wnioskowany miesięczny wkład finansowy Funduszu Pracy na poziomie .....% przeciętnego wynagrodzenia  
(na zatrudnienie jednego bezrobotnego/poszukującego pracy w pełnym wymiarze czasu pracy)

8. Deklarowana ilość umów o pracę lub umów cywilnoprawnych zawartych z bezrobotnymi lub poszukującymi pracy zatrudnionymi po zakończeniu okresu refundacji – **wymagane zatrudnienie na nieprzerwany okres co najmniej 3 miesięcy**: .....

**IV. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Prezydenta Miasta Bydgoszczy w błąd przy przedstawianiu informacji.**

### **Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Powiatowy Urząd Pracy w Bydgoszczy zastrzega sobie i innym uprawnionym instytucjom w każdym czasie prawo kontroli Wnioskodawcy/Pracodawcy w zakresie realizacji warunków określonych w umowie w sprawie zwrotu części kosztów podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy.
2. Zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 2 lit. g ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, zarząd jednostki samorządu terytorialnego w drodze obwieszczenia podaje do publicznej wiadomości informację obejmującą wykaz osób prawnych i fizycznych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, którym udzielono pomocy publicznej.

### **DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.
3. Aktualny dokument poświadczający formę prawną Wnioskodawcy (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem) – w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego i innych jednostek sektora finansów publicznych należy dołączyć dokumenty potwierdzające fakt powołania jednostki oraz dokumenty, z których wynika upoważnienie do występowania w imieniu jednostki (np. statut, regulamin, uchwała itp.) lub wskazać odpowiedni ogólnodostępny rejestr publiczny (elektroniczny), z którego można pobrać aktualne dane dotyczące jednostki.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy (jeśli dotyczy).
5. Dokument potwierdzający posiadanie numeru rachunku bankowego.
6. Umowa z ZUS w sprawie rozłożenia spłaty zadłużenia na raty (jeśli dotyczy).
7. **Wnioskodawca, który podlega przepisom o pomocy publicznej**, tj. prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno-prawną i sposób finansowania, składa do wniosku:
  - a) Oświadczenie o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie otrzymanej przez podmiot w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie 2 poprzedzających go lat podatkowych.
  - b) Formularz informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.

## **PODPIS(Y)**

.....  
(pieczęćka firmowa Wnioskodawcy)

.....  
(pieczęćka imienna wraz z podpisem  
lub czytelny podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy)

# OPINIA CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

## o dotychczasowej współpracy:

Opinia Działu Programów i Instrumentów Rynku Pracy o zakresie dotychczasowej współpracy w okresie ostatnich 2 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku:

FORMA	Liczba miejsc pracy	W jakim okresie? (rok)	Liczba zatrudnionych osób po wygaśnięciu umowy	UWAGI
1	2	3	4	5
Zwrot kosztów podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy				
Roboty publiczne				

Bydgoszcz, dnia

.....  
pieczęćka i podpis

Opinia Działu Obsługi Klienta odnośnie kandydatów (bezrobotnych/poszukujących pracy) na wykonywanie pracy na stanowisku objętym refundacją części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne oraz zgodności stanowiska z klasyfikacją zawodów i specjalności:

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

Bydgoszcz, dnia

.....  
pieczęćka i podpis

Stanowisko KOMISJI KONKURSOWEJ:

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

Bydgoszcz, dnia

.....  
pieczęćka i podpis