

Prot. Nr. …………….. Poz…………………

z dnia ………………………………………… ....................................................

(data wpływu wniosku do PUP)

…………………………………………………

…………………………………………………

WNIOSEK nr …………/2024

O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne.

1. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa pracodawcy, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:  Numer telefonu………………………….. | | |
| Numer NIP: | Numer REGON: | Numer PKD: |
|  |  |  |
| Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności: | | |
| Data rozpoczęcia działalności: | | |
| Rodzaj prowadzonej działalności (profil - usługi, handel, produkcja) | | |
| Charakterystyka prowadzonej działalności: | | |
| Liczba zatrudnionych pracowników ogółem: | | |
| Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny etat: | | |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: | | |
| Numer rachunku bankowego Pracodawcy:  .………..-………..……..-……………....-………..……..-………..……..-………..……..-……..…… | | |

1. **DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH PRAC INTEWENCYJNYCH:**
2. Jestem zainteresowany zatrudnieniem …….… osoby/osób od dnia ….……….……

Wnioskuję o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w **art. 51 ust. 1** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, dla osób bezrobotnych na **okres refundacji do 6 miesięcy**.

1. Informacja na temat oferowanych miejsc pracy, wymagań wobec kandydatów oraz proponowane warunki pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Zawodu  (kod zawodu) | Stanowisko | *Niezbędne*  kwalifikacje | Pożądane kwalifikacje  *i inne wymogi* | Liczba osób | Wymiar czasu  pracy | Wysokość wynagrodzenia |
|  |  | Wykształcenie:  .....................................  Staż pracy:...................  Inne wymagania..........  …………………………. | Wykształcenie:  .....................................  Staż pracy:...................  Inne wymagania..........  …………………………. |  |  |  |
|  |  | Wykształcenie:  .....................................  Staż pracy:...................  Inne wymagania..........  …………………………. | Wykształcenie:  .....................................  Staż pracy:...................  Inne wymagania..........  …………………………. |  |  |  |

1. Wnioskuję o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenie społeczne w wysokości kwoty zasiłku określonej w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.
2. Wynagrodzenie wypłacane jest na koniec miesiąca kalendarzowego / do 10. dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego**\***
3. Miejsce wykonywania pracy: ……………………………………………………………..………………………………….
4. Zakres obowiązków pracownika na tworzonym stanowisku: ………...……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

1. Wskazany kandydat odbywał / nie odbywał\* u Wnioskodawcy staż, przygotowanie zawodowe na stanowisku…………………………….…, w okresie .……………………
2. Wskazany kandydat pracował u Wnioskodawcy w okresie poprzedzającym złożenie wniosku TAK / NIE \* (w przypadku odpowiedzi TAK, należy wypełnić poniższe dane): na stanowisku:…………………………...…., w okresie: …….………………….

na podstawie umowy o pracę………………………………./umowy cywilnoprawnej\*

(rodzaj umowy)

podstawa rozwiązania stosunku pracy………………………………………………….

**Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym z** informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach.

...……..…………………………… …………………………….……

Miejscowość, data Podpis i pieczątka

Organizatora prac interwencyjnych

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych:**   1. **nie zalegam/ zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych; 2. **nie posiadam/ posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych; 3. **nie toczy się/ toczy się\*** w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację; 4. **nie posiadam/ posiadam\*** innych zaległości podatkowych; 5. **nie byłem/ byłem,\*** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku karany(a) za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28.10.2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary; 6. **jestem/ nie jestem**\* beneficjentem lub potencjalnym beneficjentem pomocy publicznej \*\*\* w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej; 7. **nie otrzymałem/ otrzymałem/ nie dotyczy\*** pomoc publiczną na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuję; 8. **nie spełniam/ spełniam/ nie dotyczy\*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis; 9. **nie spełniam/ spełniam/ nie dotyczy\*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym; 10. **nie pozostaję/ pozostaję/ nie dotyczy\*** w powiązaniu z inną jednostką gospodarczą;\*\* 11. **znajduje się** / **nie znajduje się\*** w grupie podmiotów, jak również **jestem / nie jestem\*** powiązany osobiście, organizacyjnie, gospodarczo, finansowo z osobami i podmiotami, wykazanymi na Liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne - prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w ustawie z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, 12. **znajduje się** **/ nie znajduje się**\* w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 - wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom. 13. zobowiązuję się do złożenia w dniu zawarcia umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy otrzymam taką pomoc/ nie dotyczy; 14. informacje podane we wniosku są aktualne i zgodne z prawdą.   **\* Niepotrzebne skreślić**  **\*\* „Powiązanie z inną jednostką gospodarczą” oznacza spełnienie, co najmniej jednego z** warunków określonych w definicji „jednego przedsiębiorstwa” - w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis lub art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.  **\*\*\*** 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. |

………………….……...……..……… ………………….……………………

Miejscowość, data Podpis i pieczątka

Organizatora prac interwencyjnych

**ZAŁĄCZNIKI:**

**Do wniosku należy dołączyć**:

1. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
2. Kserokopię dokumentu upoważniającego osobę, która jest uprawniona do działania i zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu pracodawcy *(nie dotyczy podmiotów wymienionych w pkt.5).*
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* *(wypełniają pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej).*
4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis* w roku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych *(wypełniają pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej).*
5. **W przypadku powiatu lub gminy wnioskodawca składa:**

- kserokopię dokumentu potwierdzającego wybór starosty, prezydenta, burmistrza lub wójta lub kserokopię dokumentu upoważniającego do złożenia wniosku i zawarcia umowy przez osobę, która działa w imieniu starosty, prezydenta, burmistrza lub wójta;

**6. W przypadku jednostek organizacyjnych powiatu lub gminy wnioskodawca składa:**

* wyciąg z aktu określającego osobowość prawną jednostki (statut, regulamin), w zakresie określającym zadania i regulującym zasady reprezentacji jednostki oraz zasady zaciągania przez tą jednostkę zobowiązań finansowych;
* akt powołania dyrektora jednostki;
* kserokopię dokumentu upoważniającego osobę do działania i zaciągania zobowiązań finansowych (dotyczy jednostek nieposiadających osobowości prawnej);

1. W przypadku spółek prawa cywilnego - kserokopię umowy spółki.

**Złożenie wniosku niekompletnego lub wypełnionego nieczytelnie wydłuży termin jego rozpatrzenia. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez organizatora prac interwencyjnych.**