

.....
pieczęć pracodawcy

**Starosta Białobrzegi
za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Białobrzegach**

**W N I O S E K
o zorganizowanie prac interwencyjnych**

Zgodnie z art. 51, art. 56 oraz art. 59 (pracodawca określa z którego art. ubiega się o zorganizowanie prac interwencyjnych) ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne, wnoszę o zorganizowanie prac interwencyjnych i skierowanie bezrobotnych do ich wykonywania oraz refundację kosztów wynagrodzenia zgodnie z art. 51,56,59 oraz składki na ubezpieczenia społeczne od ustalonej kwoty refundacji.

Wnioskuje o refundację kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne (zgodnie z art.....) skierowanemu (skierowanym) bezrobotnemu(bezrobotnym) przez Powiatowy Urząd Pracy w Białobrzegach do prac interwencyjnych na okres miesięcy w wysokości

Informacje dotyczące oferowanych miejsc pracy:

Lp.	Stanowisko	Liczba osób	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Inne wymogi
1.				
2.				
3.				

1. Zatrudnionym bezrobotnym przysługiwać będą dodatkowe świadczenia:

.....

2. Rozkład i wymiar czasu pracy zatrudnionych bezrobotnych przedstawiać się będzie następująco:
wymiar czasu pracy(etat).....zmianowość.....godzin pracy:.....

3. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych

.....

4. Rodzaj prac wykonywanych przez bezrobotnego/ych.....

.....

5. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/yh bezrobotnego/yh:
..... zł/m-c.
6. Po zakończeniu czasu trwania umowy o organizowanie prac interwencyjnych tj. 9 miesięcy lub 12 miesięcy deklarujemy kontynuowanie zatrudnienia przez okres dla osób (należy podać liczbę osób) w formie (należy podać formę zatrudnienia) w wymiarze czasu pracy..... (należy podać wymiar czasu pracy).

DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:

Nazwa pracodawcy

Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności.....

Nr telefonu.....e-mail.....

NIP RegonPKD

Forma organizacyjno- prawna prowadzonej działalności

Forma opodatkowania.....

Rodzaj działalności.....

Data rozpoczęcia działalności.....

Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:.....

Osoba reprezentująca pracodawcę

Telefon kontaktowy.....

Numer rachunku bankowego

Informacja o stanie zatrudnienia u Pracodawcy (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) za okres ostatnich 6 miesięcy:

Lp	MIESIĄC	ROK	OGÓLNY STAN ZATRUDNIENIA (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę:

.....

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k., który stanowi:

**„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech”,
oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....
pieczęć i podpis pracodawcy

ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk z CEIDG lub KRS:
2. Powołanie wójta, dyrektora (inne) lub pełnomocnictwo osoby upoważnionej do podpisania umowy.
3. Lista bezrobotnych kandydatów do skierowania na prace interwencyjne.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*
5. Zgłoszenie oferty pracy

Wniosek podlega ostatecznemu rozpatrzeniu, kiedy będzie kompletny.

Wnioski prosimy składać w Powiatowym Urzędzie Pracy, Składowa 5, 26-800 Białobrzegi

Akceptuję:

.....
data

.....
podpis i pieczęć Dyrektora PUP

.....
pieczęć pracodawcy

INFORMACJA O MIEJSCACH PRACY

1. Stanowisko – dział – rodzaj wykonywanej pracy.....
.....
2. Wynagrodzenie – wszystkie elementy i łącznie.....
.....
3. Wykształcenie i dodatkowe umiejętności.....
.....
4. Praktyka (lata i kierunek).....
5. Godziny pracy adres, jeżeli jest inny niż siedziba.....
.....
6. Dodatkowe wymagania i życzenia (np. zdrowotne).....
.....
7. Dodatkowe świadczenia pracownicze.....
.....
.....
8. Nazwisko i telefon osoby wyznaczonej do współpracy.....
.....

.....
pieczęć i podpis pracodawcy

.....
(pieczętka pracodawcy)

OŚWIADCZENIE

1. Pracodawca **zalega / nie zalega*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał *** pomoc publiczną, która **kumuluje się / nie kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. Pracodawca **spełnia/nie spełnia*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.);
4. Pracodawca **spełnia/nie spełnia*** warunki rozporządzenia Komisji (WE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007r.);
5. Pracodawca **spełnia/nie spełnia*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013)
6. W przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej z Powiatowym Urzędem Pracy, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanej refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, na konto Powiatowego Urzędu Pracy.
7. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z nowozatrudnionym w ramach prac interwencyjnych zobowiązuję się poinformować Powiatowy Urząd Pracy niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni.
8. Pracodawca **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Białobrzegach otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/ podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Białobrzegach dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku oraz realizacją umowy o organizowanie prac interwencyjnych, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz.2135).
10. **Jako przedsiębiorca zobowiązuję się utrzymać:**
 - a) utworzone miejsce(a) pracy przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne, w przypadku umowy o organizowanie prac interwencyjnych zawieranej na podstawie art. 51 ustawy;
 - b) utworzone miejsce(a) pracy przez okres 6 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku umowy o organizowanie prac interwencyjnych zawieranej na podstawie art. 56 lub art. 59 ustawy.

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art.233 k.k. prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
* Niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

Oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie lub rybolóstwie

.....
/pieczęć wnioskodawcy/

Stosownie do art. 75 § 2 KPA, pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego “Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

oświadczam, że

.....
*(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres wnioskodawcy
ubiegającego się o pomoc de minimis)*

nie otrzymał/a pomocy de minimis, w tym pomocy de minimis w rolnictwie lub rybolóstwie w okresie roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat przed dniem wystąpienia z wnioskiem o refundację ze środków Funduszu Pracy prac interwencyjnych dla skierowanego/ch bezrobotnego/ch w ramach pomocy de minimis.

.....
Imię i nazwisko

Telefon

Data i czytelny podpis

*Stanowisko służbowe
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy*

Oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy publicznej

.....
/pieczęć wnioskodawcy/

Stosownie do art. 75 § 2 KPA, pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego “Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

oświadczam, że

.....
*(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres wnioskodawcy
ubiegającego się o pomoc de minimis)*

nie otrzymał/a pomocy publicznej na przedsięwzięcie, o którego realizację wnioskuję.

.....
Imię i nazwisko

Telefon

Data i czytelny podpis

*Stanowisko służbowe
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy*