

….…………………………….……………… Nr sprawy w PUP …………………………….

(nazwa wnioskodawcy)

REGON ……………………………………...

Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie / Filia w Chojnie

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

*(składa organizator)*

1. *Wniosek o organizowanie prac interwencyjnych,* *na podstawie art. 51, ustawy* *z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm.), może złożyć pracodawca lub przedsiębiorca.*
2. *Do realizacji będą kierowane wnioski spełniające warunki:*
3. *określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.. Dz. U. z 2018 r. poz.1265 z późn.zm),*
4. *określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014, poz.864),*
5. „***Regulaminu konkursu na organizację prac interwencyjnych dla osób bezrobotnych, które ukończyły 30 rok życia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego****” na rok 2019*

**POUCZENIE:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte we wniosku pytania.
3. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7- dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nie uzupełniony we wskazanym terminie **pozostawia się bez rozpatrzenia**
4. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku starosta informuje wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. W przypadku nieuwzględnienia wniosku starosta podaje przyczynę odmowy.
5. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
6. Na prace interwencyjne organizowane w ramach konkursu **mogą zostać**  **skierowane wyłącznie** osoby bezrobotne **zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryfinie lub jego filii w Chojnie:**
7. **które ukończyły 30 rok życia** i znajdują się w szczególnej sytuacji na rynku pracy tj. spełniają jeden z poniższych warunków:
8. są osobami w wieku 50 lat i więcej,
9. są kobietami,
10. są osobami z orzeczonym stopniem niepełnosprawności,
11. są osobami pozostającymi bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 miesięcy,
12. są osobami posiadającymi wykształcenie niższe niż policealne;
13. **dla których ustalony został II profil pomocy i przygotowany Indywidualny Plan Działania, z którego wynika potrzeba objęcia subsydiowanym zatrudnieniem.**
14. **które, nie korzystały z subsydiowanego zatrudnienia (prac interwencyjnych, robót publicznych, zatrudnienia na refundowanym stanowisku pracy) w okresie ostatnich 2 miesięcy,**
15. **które nie wykonywały pracy u tego samego pracodawcy lub od daty rozwiązania stosunku pracy z tym samym pracodawcą:**
16. **upłynęło 3 miesiące (90 dni) -** w przypadku zatrudnienia niesubsydiowanego**,**
17. **upłynęło 6 miesięcy (180 dni) -** w przypadkuzatrudnienia subsydiowanego (prac interwencyjnych, robót publicznych, zatrudnienia na refundowanym stanowisku pracy),
18. **które nie korzystały wcześniej z żadnej formy wsparcia w tym samym projekcie.**

**DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Podstawowe dane:** | |
| Nazwa organizatora (firma lub imię i nazwisko) |  |
| Adres siedziby pracodawcy |  |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy - podpisania umowy |  |
| Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów |  |
| tel/fax |  |
| e-mail |  |
| **2. Dane dotyczące prowadzonej działalności:** | |
| Miejsce prowadzenia działalności |  |
| Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej wg PKD 2007 |  |
| Numer identyfikacji podatkowej NIP |  |
| Numer identyfikacyjny REGON |  |
| Data rozpoczęcia działalności |  |
| Forma prawna (zaznaczyć właściwą) |  osoba fizyczna prowadząca działalność   spółka cywilna   spółka jawna   spółka partnerska   spółka komandytowa   spółka z o.o.   jednostka sektora finansów publicznych   inna(jaka?) .............................................................................. |
| Forma opodatkowania |  |
| Stopa % składek na ubezpieczenie wypadkowe |  |
| Wielkość pracodawcy *(zaznaczyć właściwe)* |  mikro przedsiębiorstwo   małe przedsiębiorstwo   średnie przedsiębiorstwo   duże przedsiębiorstwo   pracodawca nie będący przedsiębiorcą |
| **3. Rachunek bankowy, na który mają być przekazywane refundacje:** | |
| **NR rachunku:** | |

1. Liczba ogółem zatrudnionych pracowników **[[1]](#footnote-1)** w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, na dzień złożenia wniosku………..............................................

**DANE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRAC INTERWENCYJNYCH**

1. Proponowana liczba osób bezrobotnych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych **w pełnym** wymiarze czasu pracy: …………… w tym liczba osób niepełnosprawnych lub po 50 roku życia………………………
2. Proponowana liczba osób bezrobotnych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych **w połowie** wymiaru czasu pracy: …………… w tym liczba osób niepełnosprawnych lub po 50 roku życia………………………
3. Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych tj. okres refundacji i okres zatrudnienia po zakończeniu okresu refundacji (*minimum 10 miesięcy*):………………, proponowana data zatrudnienia ………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Informacje dotyczące wykonywanej pracy w ramach prac interwencyjnych:** | | |
| **Nazwa zawodu lub specjalności** zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – dostępne na stronie internetowej **psz.praca.gov.pl**  (ścieżka dostępu : rynek pracy> rejestry i bazy> klasyfikacja zawodów i specjalności > wyszukiwarka opisów zawodów) |  | |
| **Nazwa stanowiska pracy**, na którym zatrudniony będzie skierowany bezrobotny: |  | |
| **Miejsce wykonywania pracy** *(adres):* |  | |
| **Godziny pracy** (od –do): |  | |
| **Zmianowość:**  - **preferowane zatrudnienie w systemie jednozmianowym** |  jedna zmiana   dwie zmiany   trzy zmiany   ruch ciągły | |
| **Praca w niedziele i święta:** |  tak   nie | |
| **Praca w porze nocnej:** |  tak   nie | |
| Rodzaj prac wykonywanych w ramach prac interwencyjnych (ogólny zakres obowiązków) |  | |
| 1. **Niezbędne kwalifikacje osób bezrobotnych:** | | |
| **Minimalny poziom wykształcenia:** | |  podstawowe lub gimnazjalne   zasadnicze zawodowe ……………………………….   średnie ogólnokształcące   średnie zawodowe ……………………………………   wyższe ……………………………………………….. |
| **Staż pracy** *(wymagany okres- liczba miesięcy/lat,* ***w jakim zawodzie****):* | |  |
| **Wymagane uprawnienia** *(np. prawo jazdy):* | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Pożądane kwalifikacje osób bezrobotnych i inne wymogi :** | | |
| **Oczekiwane umiejętności:** |  | |
| **Znajomość języków obcych:** |  | |
| **Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:** |  | |
| 1. **Proponowana wysokość wynagrodzenia za pracę dla osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych:** | | |
| **System wynagradzania:** | |  miesięczny   godzinowy   akordowy   prowizyjny |
| **Wynagrodzenie brutto** **za jeden miesiąc dla 1 osoby –** *preferowane wynagrodzenie za pracę w kwocie przekraczającej co najmniej o* ***10%*** *kwotę obowiązującego minimalnego wynagrodzenia* | |  |
| 1. **Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:** | | |
| Wysokość refundacji wynagrodzenia **za jeden miesiąc** **dla 1 osoby:** | |  |
| Miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne **od kwoty refundacji** w części ponoszonej przez pracodawcę (podać % składek ZUS ponoszonych przez pracodawcę) | | **……%** od kwoty refundacji |

*..................................................................................*

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dokumenty składane w oryginale:** | |
| **1** | Oświadczenie wnioskodawcy –w **załączniku nr 1** |
| **2** | Oświadczenie o pomocy de minimis – w **załączniku nr 2 w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej** |
| **3** | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis;* lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie. -* **w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej** |
| **Potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę** kserokopie następujących dokumentów: | |
| **1** | W przypadku **spółek cywilnych** - **umowa spółki.** |
| **2** | W przypadku podpisania wniosku przez **pełnomocnika** – stosowne pełnomocnictwo. |

**POUCZENIE** : Wnioskodawca jest zobowiązany złożyć wszystkie załączniki, które go dotyczą. Załączniki składane jako kopie dokumentów muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę. Na życzenie urzędu wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.

***Załącznik Nr 1***

*do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. **Toczy się** wobec mnie postępowanie upadłościowe lub został zgłoszony wniosek o likwidację, **NIE/ TAK** i upadłość/ likwidacja nastąpi w terminie……..…….
2. Na dzień złożenia wniosku **zalegam** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych. **TAK/NIE**
3. **Podlegam** przepisom ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj.Dz.U.2018, poz. 362) tj.: jestem osobą fizyczną, osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą.**[[2]](#footnote-2)** **TAK/NIE**
4. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku
5. **zostałem ukarany** lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, **TAK/NIE**
6. **jestem objęty** postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. **TAK/NIE**
7. Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji oraz przez okres minimum 4 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji. **TAK/NIE**
8. Zobowiązuję się do nie dokonywania zwolnień pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych w drodze wypowiedzenia stosunku pracy (za wyjątkiem wypowiedzenia na podstawie art. 52 kodeksu pracy), bądź na mocy porozumienia stron. **TAK/NIE**
9. Zobowiązuję się do nie udzielania urlopu bezpłatnego pracownikom zatrudnionym w ramach prac interwencyjnych. **TAK/NIE**
10. Wyrażam zgodę Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie, na:
11. przesyłanie na podany we wniosku adres e-mail/numer telefonu wiadomości zawierających informacje dotyczące realizacji działań skierowanych do pracodawców/przedsiębiorców realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie **TAK/NIE**
12. wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów marketingu usług świadczonych przez Urząd Pracy w Gryfinie oraz prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy. **TAK/NIE**

***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

*□ zaznaczyć właściwe*

*…………………………………………. ..................................................................................*

*(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

***Załącznik Nr 2***

*do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ**

***składa odrębnie wnioskodawca oraz każdy z podmiotów powiązanych***

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

(pełna nazwa składającego oświadczenie)

**Oświadczam, że:**

⬜ Nie korzystałem dotychczas z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2016r., poz. 1808 z póżn. zm.).

⬜ Korzystałem z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis i w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych i uzyskałem pomoc **w łącznej kwocie:**

Kwota pomocy (w EURO)...............................................................................................................

(słownie:........................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………..……………**)**

Uzyskana pomoc **nie łączy się,** w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, z pomocą o innym przeznaczeniu (np. pomocą regionalną),

*□ zaznaczyć właściwe*

*…………………………………………. ..................................................................................*

*(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

1. **Pracownik** - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. [↑](#footnote-ref-2)