

 **POWIATOWY URZĄD PRACY W GRYFINIE**

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

 (nazwa wnioskodawcy)

REGON ……………………………………...

Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie / Filia w Chojnie

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

*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 2016 r. poz. 645 z późn. zm.), może złożyć pracodawca lub przedsiębiorca.*

**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. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku starosta informuje wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
4. Uwzględniony może zostać wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony, do którego dołączono wszystkie wymagane załączniki. W przypadku nieuwzględnienia wniosku starosta podaje przyczynę odmowy.
5. 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.**
6. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
7. Na prace interwencyjne **może zostać**  **skierowana wyłącznie** osoba bezrobotna:
8. **która, nie korzystała z subsydiowanego zatrudnienia (prac interwencyjnych, robót publicznych, zatrudnienia na refundowanym stanowisku pracy) w okresie ostatnich 3 miesięcy,**
9. **która wykonywała pracę u tego samego pracodawcy:**
10. **po upływie 3 miesięcy (90 dni) od daty rozwiązania stosunku pracy z tym samym pracodawcą (**w przypadku zatrudnienia niesubsydiowanego**)**
11. **po upływie 9 miesięcy (270 dni) od daty rozwiązania stosunku pracy z tym pracodawcą** (w przypadkuzatrudnienia subsydiowanego: prac interwencyjnych, robót publicznych, zatrudnienia na refundowanym stanowisku pracy),
12. **dla której ustalony został II profil pomocy,**
13. **dla której został przygotowany Indywidualny Plan Działania, z którego wynika potrzeba objęcia subsydiowanym zatrudnienie.**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |
| --- |
| **1. Podstawowe dane:** |
| Nazwa pracodawcy (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. Numer rachunku bankowego, na który mają być przekazywane refundacje:**  |
|  |

**4**. Liczba ogółem zatrudnionych pracowników **[[1]](#footnote-1)** 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………………………
2. Proponowana liczba osób bezrobotnych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych **w połowie** wymiaru czasu pracy: ………………………… w tym liczba osób niepełnosprawnych……………………
3. Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych tj. okres refundacji i okres zatrudnienia po zakończeniu okresu refundacji (minimum 10 miesięcy):………………, proponowana data zatrudnienia ………………
4. Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (klasyfikacja dostępna na stronie [www.pupgryfino.com.pl](http://www.pupgryfino.com.pl))

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

1. Nazwa stanowiska pracy……………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 1. **Informacje dotyczące wykonywanej pracy w ramach prac interwencyjnych:**
 |
| Miejsce wykonywania pracy  |  |
| Godziny pracy (od –do):  |  |
| Zmianowość: (jednozmianowa, dwuzmianowa, ruch ciągły itp.) – **preferowane zatrudnienie w systemie jednozmianowym** |  |
| Praca w niedziele i święta  |  |
| Praca w porze nocnej  |  |
| Rodzaj prac wykonywanych w ramach prac interwencyjnych (ogólny zakres obowiązków) |  |
| 1. **Niezbędne kwalifikacje osób bezrobotnych:**
 |
| Poziom wykształcenia |  |
| 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 kwotę obowiązującego minimalnego wynagrodzenia* |  |
| miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia w części ponoszonej przez pracodawcę |  |
| 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 |  |

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

(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.** W przypadku **podmiotów prawa handlowego - wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego** odzwierciedlający aktualny na dzień składania wniosku stan prawny. |
| **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. Na dzień złożenia wniosku **znajduję się** w stanie likwidacji lub upadłości. **TAK NIE**
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. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku
4. **zostałem ukarany** lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, **TAK NIE**
5. **jestem objęty** postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. **TAK NIE**
6. Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji oraz przez okres minimum 4 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji. **TAK NIE**
7. 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**
8. Wyrażamzgodę/y **TAK NIE\*** Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie na:

- przesyłanie na podany we wniosku adres e-mail/nr telefonu wiadomości zawierających informację dotyczące realizacji działań skierowanych do pracodawców/przedsiębiorców realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie,

- wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów marketingu usług świadczonych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie oraz prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*□ zaznaczyć właściwe*

Data: ……………… 20……. r. ...............................................................................

 *(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

 *do składania oświadczeń woli)*

***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 (t.j. Dz.U.2016r. poz. 1808 z póżn. zm.).

⬜ Korzystałem z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w oparciu o jedno z:

* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013) ,
* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w odniesieniu do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013)
* Rozporządzenie Komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa

 i w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych 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: ……………… 20……. r. ...............................................................................

 *(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

 *do składania oświadczeń woli/*

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)