…………………………….

 ( pieczęć Pracodawcy)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Strzelcach Kraj.**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Na zasadach określonych w:

1. Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(tekst jednolity: Dz. U. z 2024r., poz. 475)

1. 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 ( Dz. U. z 2014 r. poz. 864 )
2. Rozporządzeniu 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. 2013, str. 1)
3. Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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, str. 9 )
4. Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 27.06.2015, str. 45)

**wnioskuję o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy dla bezrobotnego / ych zarejestrowanego/ ych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzelcach Kraj.**

**Wniosek dotyczy\*):**

□ Pracodawcy będącego beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 702)

□ Pracodawcy niebędącego beneficjentem pomocy de minimis

\*)  **wypełnić po zapoznaniu się z definicją beneficjenta pomocy zawartą w załączniku nr 1 do wniosku**

**A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy…………………………………………………………………………..

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

2. Adres siedziby……………………………………………………………………………….

3.Miejse prowadzenia działalności……………………………………………………………..

4.Nr telefonu………………………………………………../ fax…………………………......

5. NIP……………………………………… REGON…………………………………………

6. Forma organizacyjno- prawna prowadzonej działalności…………………………………..

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

7. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD:……………………

8. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej…………………………………………………

9. Stopa ubezpieczenia wypadkowego …………….%

10. Nazwa banku i nr rachunku bankowego……………………………………………………

11. Imię i nazwisko osoby/ osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy ( zgodnie
z dokumentem rejestracyjnym lub załączonym pełnomocnictwem): …………………………

…………………………………………………………………………………………………

12.Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku (na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego ,umowy o pracę nakładczą) : ……………………….

13. Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 – miesięcy:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba****pracowników** |  |  |  |  |  |  |

**B. DANE DOTYCZĄCE PRAC INTERWENCYJNYCH PRZY WYKONYWANIU KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIENI SKIEROWANI BEZROBOTNI**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

 ………...... 2.Okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych od............................... do.............................

3.Miejsce wykonywania prac interwencyjnych………………………………………………...

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

4. Rodzaj prac , które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych…………….

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

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

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje, które powinni posiadać kierowani bezrobotni do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych………………………………………………….

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

6.Wysokośc proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych oraz wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Ilość miejscpracy | Okressubsydiowanegozatrudnieniaod ….do…. | Wysokość proponowanegowynagrodzenia brutto | Wnioskowanawysokość refundowanych kosztów\*) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*)**

1. **do 6miesięcy ( refundacja co miesiąc w wysokości uzgodnionej nieprzekraczającej kwoty zasiłku dla bezrobotnych i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia);**
2. **do 12 miesięcy ( refundacja kosztów za co drugi miesiąc zatrudnienia w wysokości uzgodnionej nieprzekraczającej minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia);**
3. **do 12 miesięcy ( refundacja co miesiąc w wysokości uzgodnionej nieprzekraczającej kwoty zasiłku dla bezrobotnych i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia).**

7. Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez **okres 4** **miesięcy** po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne w przypadku wyboru w pkt 6 wariantu 1) i 2), a w przypadku wyboru wariantu 3) **przez okres 7 miesięcy** po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

**Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 §1 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, wiarygodność podanych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

………………………………….. ……………………………………………….

*( miejscowość, data) ( pieczęć i podpis pracodawcy)*

**Uwaga:**

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.**

**W przypadku nieprawidłowo wypełnionego lub niekompletnego wniosku będzie wyznaczony co najmniej 7 dniowy termin na uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostanie bez rozpatrzenia.**

**W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku wnioskodawca otrzyma informację o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.**

**Załączniki:**

1. W przypadku pracodawców – spółek prawa handlowego kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy tj. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
2. W przypadku pracodawców działających w formie spółki cywilnej – umowa spółki cywilnej.
3. Statut podmiotu jeżeli odrębne przepisy wymagają działania podmiotu na podstawie niniejszego dokumentu.
4. Uwierzytelnione kserokopie pełnomocnictwa do reprezentowania Pracodawcy oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym.
5. Krajowa oferta pracy.
6. Oświadczenie wnioskodawcy – **załącznik nr 1**
7. Oświadczenie o pomocy de minimis **– załącznik nr 2** *(wypełnia beneficjent pomocy de minimis)*
8. Oświadczenie o pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie –**załącznik nr 3** (*wypełnia beneficjent pomocy de minimis)*
9. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *( wypełnia beneficjent pomocy de minimis)*

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Beneficjent pomocy –** należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc.

**Za działalność gospodarczą,** w rozumieniu prawa wspólnotowego, uznaje się oferowanie na rynku towarów bądź świadczenie na nim usług, a przedsiębiorcą jest podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, niezależnie od jego formy prawnej i źródeł jego finansowania. Nie ma znaczenia fakt, czy jest to podmiot nie nastawiony na zysk (non profit organisation). Należy zatem wziąć pod uwagę, czy beneficjent wsparcia prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa wspólnotowego (nawet jeśli w konkretnych warunkach motyw zysku jest wyłączony), i czy może generalnie podlegać normalnym zasadom gry rynkowej, a więc, czy analizowana działalność może być wykonywana przez inny podmiot generując zysk.

**Za przedsiębiorcę** we wspólnotowym prawie konkurencji pojęcie przedsiębiorcy odnosi się do wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, bez względu na formę prawną i sposób finansowania, niezależnie od faktu, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy oraz bez względu na fakt, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy działający na zasadzie non profit. Beneficjentami pomocy publicznej mogą być zatem nie tylko przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004r., lecz również np. zakłady budżetowe, stowarzyszenia, fundacje itp. Pojęcie działalności gospodarczej związane jest z oferowaniem dóbr i usług na rynku.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

* + - 1. **Jestem\* / Nie jestem\*** beneficjentem pomocy de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 702)
			2. **Zalegam\* / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
			3. **Zalegam\* / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
			4. **Posiadam\* / Nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
			5. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy\*\*.
			6. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu 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, str.1) \*\*
			7. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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, str.9) \*\*
			8. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz.Urz. UE L 190 z 27.06.2014, str.45)\*\*
			9. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Strzelcach Kraj. jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzelcach Krajeńskich
z siedzibą przy Alei Wolności 39, 66-500 Strzelce Krajeńskie. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych – RODO w związku z art. 51 i 56 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Pełna treść informacji w zakresie przetwarzania Pana/i danych osobowych znajduje się na stronie internetowej <http://bip.pup.strzelcek.pl/> oraz w siedzibie Administratora.

***\* niepotrzebne skreślić***

***\*\* pkt 5,6,7,8 dotyczą beneficjentów pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 702)***

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

 *(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, jako Wnioskodawca oświadczam że:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa pracodawcy)

**otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat podatkowych przed złożeniem wniosku o *organizację prac interwencyjnych*

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

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

 *(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, jako Wnioskodawca oświadczam że:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa pracodawcy)

**otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat podatkowych przed złożeniem wniosku o *organizację prac interwencyjnych*

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Łącznie:** |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

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

 *(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*