

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

/pieczęć firmowa pracodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Międzychodzie**

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

/data wpływu wniosku do urzędu/

## WNIOSEK

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 645 ze zm.), ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 ze. zm.), 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 ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014 r., poz. 864), rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9).

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa pracodawcy: .....................................................................................................

2. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności:………………………………………………... ……………………………………………………………………………………...............................

3. Nr telefonu: ........................................................., e-mail: ……………………………………...

3. Osoba uprawniona do podpisania umowy: ……………………………………………….. ....................................................................................................................................................

4. REGON ...................................... NIP .............................................. KRS .........................

5. Data rozpoczęcia działalności: ..............................................................................................

6. Rodzaj prowadzonej działalności: .........................................................................................

(symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD)

7. Forma organizacyjno-prawna: ..............................................................................................

8. Forma opodatkowania: ..........................................................................................................

*/pełna księgowość, księga przychodów i rozchodów, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, karta podatkowa, itp./*

9. Stawka opodatkowania % : ...................................................................................................

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

11. Nazwa banku: …………........................................................................................................

Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………..…

12. Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy: ....................................................................................................................................................

13. Wypłata wynagrodzenia u pracodawcy następuje:

❒ w miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie (do ostatniego dnia miesiąca rozliczeniowego)

❒ w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie (do 10-go dnia kolejnego

miesiąca po miesiącu rozliczeniowym)

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

**1.** Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: ………………………………………..

**2.** Imię i nazwisko osoby bezrobotnej………………………………………………………………..

Czy pracodawca jest spokrewniony z osobą bezrobotną ❒ TAK ❒ NIE

Jeśli tak podać stopień pokrewieństwa………………………………………………………………

/małżonek, rodzic, rodzeństwo oraz dziecko własne lub przysposobione/

**3.** Nazwa zawodu: …………………………………………………………………………………..…

*/nazwa zawodu i specjalności winna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności, rozporządzenie MPiPS z dnia 27.04.2010r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania /Dz. U. Nr 82 poz. 537 z 2010r./*

**4.** Pożądane kwalifikacje zawodowe i inne wymogi bezrobotnego:

* wykształcenie …………………………………………………………………………………
* uprawnienie ……………………………………………………………………………………
* umiejętność ……………………………………………………………………………………
* inne …………………………………………………………………………………………….

**5** Miejsce świadczenia pracy (adres): ……………………………………………………………....

**6.** Rodzaj wykonywanej pracy: ……………………………………………………….…………...….

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

**7.** Wymiar czasu pracy: .............................................................................................................

**8.** Proponowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: od dnia........................................................ do dnia ………………............................................

**9.** Proponowane wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości: …….……….……….....……. **10.** Wnioskowana wysokość refundowanych miesięcznie wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych: ……………………………..………………………………………..…

**UWAGA:**

Refundacja wynagrodzenia w ramach prac interwencyjnych jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

* rozporządzenie Komisji (WE) 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 stosowania art. 107   
  i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimisw sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz.U.2010 r., Nr 53, poz. 311 z późn. zm.)
2. W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność), o których mowa w art. 37 ust. 1, 2 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 z późn. zm.)
3. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów /np. KRS/.

**WNIOSKODAWCA OŚWIADCZA, ŻE:**

*(właściwe zaznaczyć)*

* **🞏 rozwiązał 🞏 nie rozwiązał**

stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku

* **🞏 zmniejszał 🞏 nie zmniejszał**

wymiar/u czasu pracy pracownikowi/pracownikom w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* **nie zmniejszy wymiaru czasu pracy pracownika, nie rozwiążę stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia lub na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników – w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji**
* **🞏 zalega 🞏 nie zalega**

**w** dniuzłożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych

składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

* **🞏 zalega 🞏 nie zalega**

w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych (np. podatki, opłaty

lokalne),

* **🞏 posiada 🞏 nie posiada**

w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

* **🞏 był 🞏 nie był**

karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. 2016 r., poz.1137, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. 2016 r. poz. 1541 z późn. zm.),

* **🞏 został 🞏 nie został** ukarany lub skazanyprawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku,
* **🞏 jest 🞏 nie jest** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
* **zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzyma pomoc publiczną.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach Wnioskodawca potwierdza własnoręcznym podpisem. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233, §1 KK „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 3”**

………………………… ……………………………………………

/data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

**Załącznik Nr 1**

**OŚwiadczenie**

**o otrzymanej pomocy *de minimis***

## *(dotyczy beneficjenta pomocy publicznej)*

**Świadomy odpowiedzialności karnej** wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnegoprzewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam**, że w okresie roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych przed dniem wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy:

❒ otrzymałem ❒ nie otrzymałem pomoc/pomocy *de minimis,* ❒ w tym pomoc/pomocy *de minimis* w rolnictwie i rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość pomocy *de minimis*:** | | | | |  |

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

(data, podpis i pieczątka imienna pracodawcy)