

……………………………….

pieczęć wnioskodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Gostyniu**

**ul. Poznańska 200 G**

**63-800 Gostyń**

Nr sprawy w PUP ………………………….……….

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Podstawa prawna:**

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

2. Rozporządzenie 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.

3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2024 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
o funkcjonowaniu Unii Europejskie do pomocy de minimis.

5. 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 minimis w sektorze rolnym.

6. Rozporządzenie 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.

I. **INFORMACJE PODSTAWOWE O WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy lub przedsiębiorcy ….…………………………………………………………..…….

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

1. Adres siedziby ………………………………………………………………………………..……....………
2. Miejsce prowadzenia działalności ………………………………………………………………....….……
3. Telefon …………………….………. fax ………….……….… e-mail ……………………...........………..
4. Forma organizacyjno – prawna ……………………………………………………..…………..………….
5. Rodzaj działalności gospodarczej i data rozpoczęcia …………………………………..……..….……...
6. REGON ……………………….....…… NIP ………….……….………………….PKD………..……..……
7. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………..………..…..…… %

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Numer rachunku bankowego
2. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy:

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

*(imię i nazwisko, stanowisko)*

1. Dane biura rachunkowego:

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

*(imię i nazwisko, kontakt telefoniczny)*

1. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku na umowę o pracę ………….…….…., w tym w przeliczeniu na pełen etat: …………….…….
2. **INFORMACJA O PLANOWANYCH PRACACH INTERWENCYJNYCH**
3. Liczba osób bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia ………………………………..………… Dane osób bezrobotnych, które pracodawca zamierza zatrudnić .………………………………………………………………………………………………………................................ *(imię i nazwisko, PESEL oraz adres kandydatów)*
4. Proponowany okres zatrudnienia: od ……………..……... do …………..………. tj. na …..…….…. miesięcy (dot. okresu refundacji).

Zgodnie z **art. 51** - refundacja przez okres do 5 miesięcy, (dot. wszystkich bezrobotnych)   
a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres  
3 miesięcy + minimalny dodatkowy okres 30 dni po zakończeniu refundacji.

Zgodnie z **art. 59** - refundacja dla osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia przez okres do 22 miesięcy następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych przez okres 6 miesięcy + minimalny dodatkowy okres 30 dni po zakończeniu refundacji.

1. Deklaruję dalsze zatrudnienie skierowanego bezrobotnego po zakończeniu okresu refundacji przez okres ……………………..…….…….
2. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
3. nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów) …………………………….……....…………
4. zakres wykonywanych czynności ……………………………………………………..….…………....
5. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
6. wykształcenie ……………………………………………………………………….……..…................
7. zawód ………………………………………………………………….................................................
8. dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia ……………………………………………….……..……….....
9. Miejsce wykonywania pracy: …..………….…………………………………………………..…………..

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

1. Zmianowość ……..…..…, praca w godzinach: od …………………… do …………………..….……..
2. Proponowany wymiar czasu: ………………………………………………………………..…………….
3. Proponowane wynagrodzenie (brutto): ……………………………….…………….…..…... zł/miesiąc
4. Termin wypłat wynagrodzenia (zaznaczyć właściwe):

* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
* do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

1. Imię, nazwisko i nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z PUP

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

### DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY.

### Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich dwóch lat), jeżeli tak to proszę podać:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma** | **Nr umowy** | **Liczba miejsc pracy** | **Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy** | | **Przyczyny zwolnień pracowników** |
| **Czas nieokreśl.** | **Czas określ.** |
| **Prace interwencyjne** |  |  |  |  |  |
| **Staż, bon stażowy** |  |  |  |  |  |
| **Krajowy Fundusz Szkoleniowy** |  |  |  |  |  |
| **Bon zatrudnieniowy** |  |  |  |  |  |
| **Dotacja na rozpoczęcie działalności gospodarczej** |  |  |  |  |  |
| **Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy** |  |  |  |  |  |
| **Dofinansowanie 50+** |  |  |  |  |  |
| **Inne** |  |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

Świadomy odpowiedzialności karnej 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” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie   
   z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. Wielkość pomocy de minimis, jaką otrzymałem/am w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz  
   w ciągu 2 poprzedzających go lat wynosi …………….…………. euro.
4. Wielkość i przeznaczenie pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis wynosi …………….…………. euro.
5. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
6. W ciągu ostatnich 365 dni nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie (zgodnie z art. 36 ust. 5f ustawy  
   o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).
7. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego; na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego.
8. Zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych nie spowoduje zwolnienia innego pracownika.
9. Znane są mi postanowienia ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy dotyczące organizowania prac interwencyjnych.
10. Zatrudnieni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom.
11. **Otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** decyzję (i)Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
12. Jestem świadom (a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc prac) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

**Ponadto zobowiązuję się do:**

1. Niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
2. Złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli  
   w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy  
   w Gostyniu otrzymam taką pomoc.
3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.

*W przypadku zawarcia umowy wyrażam zgodę na podanie do publicznej wiadomości tego faktu zgodnie  
z wymaganą procedurą art. 59b Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na tablicy ogłoszeń  
w siedzibie Urzędu.*

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. **Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane**. Pracodawca/przedsiębiorca zobowiązany jest do uzupełnienia braków we wniosku terminie 7 dni od dnia wpływu do PUP.

W przypadku nieuzupełnienia wniosek zostanie wycofany z realizacji **bez dodatkowego informowania pracodawcy/przedsiębiorcy**.

1. Umowa pomiędzy Starostą, a pracodawcą lub przedsiębiorcą ubiegającym się o refundację prac interwencyjnych dla osób bezrobotnych zawierana jest niezwłocznie po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku. Niepodpisanie umowy w terminie 1 miesiąca od otrzymania powiadomienia traktowane będzie jako rezygnacja ze środków.
2. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w PUP, pomoc nie będzie udzielana na zatrudnienie osoby bezrobotnej, która w okresie ostatnich 2 lat była zatrudniona lub wykonywała inną pracę zarobkową „oskładkowaną” u tego pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres dłuższy niż 3 miesiące lub pracowała w firmie powiązanej osobowo lub kapitałowo z wnioskodawcą lub z członkami najbliższej rodziny.
3. Refundacja będzie udzielona w pierwszej kolejności pracodawcy lub przedsiębiorcy, **który ma siedzibę i miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego na terenie powiatu gostyńskiego.**
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyniu w celach związanych ze złożonym wnioskiem o zorganizowanie prac interwencyjnych dla osób bezrobotnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **RODO**.

*………………….., dnia ………………………. …………………..…………………………………..*

*podpis i pieczątka wnioskodawcy*

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Uwierzytelniona kserokopia dokumentu poświadczającego formę organizacyjno−prawną pracodawcy lub przedsiębiorcy np. KRS (okres ważności 3 miesiące), wydruk z CEIDG.
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu pracodawcy lub przedsiębiorcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów. Pełnomocnictwo powinno być sporządzone w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem.
3. W przypadku, gdy pracodawcą jest spółka cywilna należy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
4. W przypadku gdy miejsce wykonywania pracy jest inne niż wynika to z dokumentacji wnioskodawcy (np. z KRS-u) należy dołączyć do wniosku dokument potwierdzający prawo do lokalu, budynku lub nieruchomości (np. aktualny odpis z księgi wieczystej, umowa najmu).

W przypadku gdy wnioskodawca jest beneficjentem pomocy publicznej dołącza dodatkowo:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
2. Kserokopie wszystkich zaświadczeń o udzielonej pomocy de minimis (potwierdzone za zgodność z oryginałem), jakie otrzymał wnioskodawca w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie.