…………………., ………

(miejscowość) ( data )

( pieczęć firmowa pracodawcy)

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

( Nr telefonu )



**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Lipnie**

**ul. Okrzei 7**

**87-600 L i p n o**

**W n i o s e k**

**o organizację prac interwencyjnych**

Podstawa prawna:

- art. 51, 56 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( tekst jednolity – Dz.U. z 2019 r.,

poz. 1482 z późniejszymi zmianami ) ,

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 roku 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 ).

- 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.U.rz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1),

- 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.1013 r. , str. 9 )

- Przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury,

- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( Dz.U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404,

z późniejszymi zmianami),

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się

o pomoc de minimis ( Dz.U. Nr 53, poz. 311 z późn. zmianami – Dz.U. z 2014 poz. 1543)

**I. Dane dotyczące pracodawcy**

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

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

1. Adres siedziby pracodawcy, miejsce prowadzenia działalności

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

1. Rodzaj działalności ( opis) ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

data rozpoczęcia działalności …………………………………………………………….

1. REGON ………………………… NIP ……………………………. PKD ……………..
2. Nazwa banku ……………………………………………………………………………..

Nr rachunku bankowego …………………………………………………………………

1. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe ……………………………………….
2. Stan zatrudnienia na dzień składania wniosku ( w przeliczeniu na pełny wymiar czasu

pracy ……………………………………………………………………………………..

1. Pracodawca zalicza się do kategorii ;

* mikroprzedsiębiorstw

mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego

roczny obrót nie przekracza 2 mln euro i/lub całkowity bilans roczny przekracza 2 mln euro.

* małych przedsiębiorstw

małe przedsiębiorstwa to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny

obrót nie przekracza 10 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln euro.

* średnich przedsiębiorstw

średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego

roczny obrót nie przekracza 50 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln euro.

* pozostałych

1. Forma opodatkowania……………………………………………………………………,
2. Stawka podatkowa……………………………………………………………………...%

**II. Dane dotyczące miejsc pracy organizowanych w ramach prac interwencyjnych**

1. **Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia ……….................... na okres ………………… miesięcy**
2. **Proponowany okres zatrudnienia od …………………… do …….………………**
3. **Rodzaj wykonywanych prac:**

**-nazwa zawodu (stanowisko)**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

( nazwa zawodu i specjalności winna być zgodna z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 07 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2014 r. poz. 1145)

**-zakres wykonywanych czynności ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Niezbędne lub pożądane kwalifikacje zawodowe ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
2. **Miejsce wykonywania prac interwencyjnych……………………………………… …………………………………………………………………………………………**
3. **Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto) dla skierowanych bezrobotnych …………………………………………………………………………………………**
4. **Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia ………………………...**

Po upływie okresu refundacji pracodawca zobowiązuje się zatrudnić:

**…………… (liczba osób) na okres ………………………… miesięcy**

**III.OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Oświadczam, że:**

**Nie zalegam/ zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.**

…………………………………. ..……………………………………………..

( pieczęć firmowa pracodawcy) (data, podpis i pieczęć imienna pracodawcy

lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli )

**IV. OŚWIADCZAM, ŻE W CIĄGU TRZECH LAT PRZED DNIEM ZŁOŻENIA**

**WNIOSKU:**

* Nie otrzymałem(am) pomocy de minimis
* Otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości…………………….. euro i dołączam kserokopie zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, potwierdzone za zgodność z oryginałem.

**W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, należy również uwzględnić uzyskaną pomoc**

**de minimis w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.**

…………………………………. ..……………………………………

pieczęć firmowa pracodawcy data, podpis i pieczęć imienna pracodawcy lub osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli

1. Zobowiązuje się do zabezpieczenia skierowanym bezrobotnym wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnych lub takich samych stanowiskach.
2. Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych przez okres 3 lub 6 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.
3. W przypadku nie wywiązania się z zawartej umowy o organizację prac interwencyjnych, zobowiązuje się do zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
4. Podpisanie umowy o organizację prac interwencyjnych jest równoznaczne z wyrażeniem zgody Pracodawcy na podanie do publicznej wiadomości przez PUP nazwy pracodawcy, rodzaju instrumentu rynku pracy, liczbę utworzonych stanowisk pracy, poprzez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu na okres 30 dni (art. 59 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji i instytucjach rynku pracy z późniejszymi zmianami)

**Wniosek należy wypełnić czytelnie.**

**Wniosek nieuzupełniony i niekompletny nie będzie rozpatrywany.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 K.K.** („ 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 3 lat”) **oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

……………………………………………..

( data, podpis i pieczęć imienna pracodawcy

lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej o wpisie lub wydruk odpisu z KRS-u

2. Kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON i NIP

3. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady

Ministrów z dnia 24 października 2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawionych przez podmiot ubiegających się o pomoc

de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) **– wypełniają tylko pracodawcy, którzy podlegają przepisom o pomocy publicznej.**

4. W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy ( kserokopie ).

***Wszystkie kserokopie winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez pracodawcę.***

**WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY**

Opinia Powiatowego Urzędu Pracy o dotychczasowej współpracy w okresie ostatnich 2 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku ;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA** | **Liczba miejsc**  **Pracy** | **W jakim**  **okresie**  **(rok)** | **Liczba zatrudnionych**  **osób po wygaśnięciu**  **umowy** | **Podpis**  **pracownika** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Staże |  |  |  |  |
| Prace interwencyjne |  |  |  |  |
| Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy |  |  |  |  |

Opinia stanowiska ds. instrumentów rynku pracy

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

……………………………………

(podpis pracownika ds. prac interwencyjnych)

**Decyzja Dyrektora PUP:  
Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Lipnie wyraża zgodę/nie wyraża zgody na podpisanie umowy o skierowanie ………… bezrobotnych do wykonywania prac interwencyjnych na okres ……….. miesięcy.**

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

**data (pieczęć i podpis Dyrektora PUP)**