Pieczęć firmowa pracodawcy

Hrubieszów dnia ...................................

**Wniosek**

**o organizację prac interwencyjnych**

***dla pracodawców podlegających przepisom ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej***

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 1065, z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. z 2014r., poz. 864).
3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 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).

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** |

1. Nazwa zakładu pracy......................................................................................................................... ...........................................................................................................................................................
2. Adres siedziby ..................................................................................................................................

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

1. Miejsce prowadzenia działalności .................................................................................................... ...........................................................................................................................................................
2. Telefon .............................................................................................................................................. Fax ....................................................................................................................................................
3. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności..................................................................

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

1. Nr KRS …………………………………………………………………………………………….
2. Data rozpoczęcia działalności ..........................................................................................................
3. REGON ..................................................... NIP ……………………..............................................

PKD ................................................

1. Numer rachunku bankowego

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

1. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe ........................................................................
2. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy o prace interwencyjne................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH** |

1. Liczba bezrobotnych , dla których planuje się zorganizowanie prac interwencyjnych ....................
2. Proszę podać jakie muszą spełniać wymagania oraz posiadać kwalifikacje osoby przewidziane

do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

| Nazwa stanowiska pracy | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje dla skierowanych bezrobotnych | Liczba osób | Wymiar czasu pracy |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Miejsce i rodzaj prac które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Wysokość wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych ........................................................ zł
3. Wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych – .........................................................zł miesięcznie i składki na ubezpieczenia społeczne od tej kwoty.
4. Przewidywany okres zatrudnienia bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych:

od .................................................................... do ..................................................................

* ***W przypadku 6 miesięcznego okresu refundacji Pracodawca jest zobowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po upływie przysługiwania refundacji części wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne przez okres 3 miesięcy***
* ***W przypadku 12 miesięcznego okresu refundacji Pracodawca jest zobowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po upływie przysługiwania refundacji części wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne przez okres 6 miesięcy***

*Wyrażam zgodę na podawanie do wiadomości publicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Hrubieszowie danych dotyczących wnioskodawcy zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do jego rozpatrzenia i realizacji wymogów art. 59 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* *(tekst jednolity Dz.U. z 2017 r. poz. 1065, z późn. zm.) i zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).*

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

( miejscowość, data ) ( podpis i pieczątka wnioskodawcy )

|  |
| --- |
| **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU** |

* 1. Oświadczenie Pracodawcy o uzyskanej pomocy de minimis (załącznik nr 1)
  2. Oświadczenie o niezaleganiu w opłatach (załącznik nr 2)
  3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 3)

***Załącznik Nr 1***

Hrubieszów ................................................

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że ................................................................................................................

/pełna nazwa/

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

w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałam/em / nie otrzymałam/em \*** pomocy de minimis.

\* niepotrzebne skreśli

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

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

***/pieczątka i podpis podmiotu lub osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/***

***Załącznik Nr 2***

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

(pieczęć firmowa)

Hrubieszów, dnia ......................................

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego:

„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że na dzień .............................................. r. nie zalegamy z wypłatą wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz opłacaniem podatków i innych danin publicznych.

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

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej)