Sucha Beskidzka, dnia ........................................

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

Pieczęć firmowa Wnioskodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy**

w Suchej Beskidzkiej

ul. Mickiewicza 31

34-200 Sucha Beskidzka

**W N I O S E K**

O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

zgodnie z art. 51 ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 735

z późn. zm.) .

**A. Dane Dotyczące Wnioskodawcy**

1. Pełna nazwa pracodawcy…………………………………………………………………….

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

2. Adres siedziby pracodawcy oraz numer telefonu…………………………………………….

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

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

3. Adres miejsca prowadzenia działalności…………………………………………………….

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

4. NIP...........................................................................................................................................

5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności: ………………………………………………...............................................................................

6. PKD (przeważające)…………………......................................................................................

7. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (w %) …………………………………….

8. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy: ……………………………………………..

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

(imię i nazwisko, stanowisko/funkcja)

9. Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu:…………………………………………

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

10. Nr rachunku bankowego…………………………………………………………………….

**B. Dane Dotyczące Prac Interwencyjnych**

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:

………………………………………………………………………………………………

2. Osoba/y bezrobotna/e zostanie/ą zatrudniona/e na podstawie umowy o pracę **co najmniej**

**w połowie wymiaru czasu pracy** w okresie:

**od……………………………do……………………………………(8 miesięcy)**

**w tym w ramach wnioskowanych prac interwencyjnych:**

**od……………………………do……………………………………(5 miesięcy)**

3. Miejsce zatrudnienia bezrobotnego/ych:…………………………………………………….

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

(podać adres)

4. Nazwa stanowiska pracy przewidzianego w ramach prac interwencyjnych………………..

…………………………………………………………………………………………………

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje (zawód, wykształcenie, umiejętności, doświadczenie zawodowe, posiadane uprawnienia) ……………………………………………………………

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

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto)…………………………………………

7. Wnioskowana wysokość refundacji z tytułu prac interwencyjnych:

…………………………………………..( max 650,00 zł)

oraz składki na ubezpieczenia społeczne opłacane przez pracodawcę, naliczone od kwoty refundacji.

8. Wypłata wynagrodzeń u pracodawcy następuje (zaznaczyć odpowiednie):

**□** **-** w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

**□** **-** w miesiącu następnym po miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie

9. Stan zatrudnienia przez pracodawcę (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)

**za okres ostatnich 6 miesięcy :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | MIESIĄC | ROK | STAN ZATRUDNIENIA (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu  pracy) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę:

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

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU (DOTYCZY WNIOSKODAWCÓW**

**PROWADZĄCYCH DZIAŁANOŚĆ GOSPODARCZĄ):**

1. Uwierzytelniona kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24.10.2014 r. (Dz. U. 2014 poz. 1543)
4. Oświadczenie podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą (załącznik nr 1 do wniosku).

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z *art. 233 §1 k.k.,* oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą co potwierdzam własnoręcznym podpisem**

**Oświadczam, iż**

1. **Spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu MPIPS z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. z 2014r. poz. 864);**
2. **Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.**
3. **W okresie ostatnich 365 dni przed dniem złożenia niniejszego wniosku nie zostałem/am ukarany/a lub skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, ani nie jestem objęty/a postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.**
4. **Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli po złożeniu wniosku ulegną zmianie jakiekolwiek informacje w nim zawarte.**

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

/podpis i pieczęć Pracodawcy/ Przedsiębiorcy

lub osoby upoważnionej/

**Oświadczenie Pracodawcy/ Przedsiębiorcy**

**o braku podstaw wykluczenia z otrzymania wsparcia ze środków publicznych unijnych i krajowych, wynikającego z nałożenia sankcji na podmioty i osoby, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne**

Jako Wnioskodawca ubiegający się o organizację prac interwencyjnych

oświadczam, iż nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których nałożono sankcje wynikające ze wparcia agresji na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz sam nie znajduję się na takich listach.

………………………………………………………………….

Data i podpis Pracodawcy/ Przedsiębiorcy

lub osoby upoważnionej/

**Załącznik nr 1.**

**Oświadczenie podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą:**

1. **Jestem / nie jestem** podmiotem podlegającym przepisom o pomocy publicznej **(podkreślić**

**właściwe).**

1. Spełniam/nie spełniam (podkreślić właściwe) 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) lub w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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),
2. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 702 z późn. zm) o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok oraz poprzedzające go dwa lata przed dniem złożenia wniosku **(*zaznaczyć odpowiednio*):**

**□**  nie otrzymałem (am) pomocy de minimis,

**□** otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości ………………………………..euro,

**□** otrzymałem(am) pomoc de minimis i w załączeniu przedkładam kopie wszystkich zaświadczeń o uzyskanej pomocy de minimis,

W przypadku uzyskania pomocy de minimis w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia zawarcia wnioskowanej umowy zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Suchej Beskidzkiej o tym fakcie.

Przyjmuję do wiadomości, że refundacja prac interwencyjnych stanowi pomoc *de minimis,* w rozumieniu przepisów rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis. Uzyskana kwota refundacji nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy, tj. 200.000 euro lub 100.000 euro w sektorze transportu drogowego towarów, liczonej w okresie ostatnich trzech kolejnych lat niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej.

**Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 k.k. prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

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

/ podpis i pieczęć pracodawcy/ przedsiębiorcy

lubosoby upoważnionej/