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

(pieczątka pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Skierniewicach**

### WNIOSEK

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Podstawa prawna:** Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 i 1149), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej 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), Rozporządzenie 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* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do *pomocy de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9).

**I. Podstawowe informacje o pracodawcy.**

1. Pełna nazwa pracodawcy:

2. Adres siedziby pracodawcy:

3. Numer telefonu: faxu e-mail

4. Miejsce prowadzenia działalności:

5. Imię i nazwisko pracodawcy oraz nazwa pełnionej funkcji:

6. Imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji   
w sprawie złożonego wniosku:

7. Numer identyfikacji nadany w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej REGON:

8. Numer identyfikacji podatkowej NIP:

9. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:

10. Kod klasyfikacji prowadzonej działalności według PKD:

11. Numer konta bankowego:

12. Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą:

13. Obowiązująca u pracodawcy stopa ubezpieczenia wypadkowego: :

14. Forma opodatkowania:.........................................................................................................

15. Wielkość pracodawcy (mikro, mały, średni)

16. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi ..…………….osób.

**II. Informacja o planowanym zatrudnieniu bezrobotnych   
w ramach prac interwencyjnych:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia:

2. Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

3. Liczba osób bezrobotnych, którzy zostaną zatrudnieni na okres …….. miesięcy/a po zakończeniu prac interwencyjnych

4. Proponowany okres refundacji:

5. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (zaznaczyć właściwe znakiem **X**):

- do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc bieżący;……….

- do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni……..**\***

**Składki za zatrudnionego pracownika muszą być zapłacone najpóźniej do 20 dnia za miesiąc poprzedni.**

5. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych oraz pożądane kwalifikacje zawodowe w stosunku do kierowanych osób bezrobotnych:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba wnioskowanych osób** | **Proponowany zawód/stanowisko** | **Rodzaj wykonywanych prac** | **Miejsce wykonywania pracy** | **Wymiar czasu pracy** | **Zmianowość** | **Niezbędne/Pożądane kwalifikacje zawodowe** | | |
| **Poziom wykształcenia** | **Zawód wyuczony/**  **kierunek** | **Dodatkowe uprawnienia i umiejętności zawodowe** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

6. Informacje dotyczące wysokości proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych i wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Proponowany zawód/stanowisko** | **Wysokość proponowanego wynagrodzenia**  **(uwzględniając wnioskowaną refundację)** | | **Ogółem 1 m-c.** | **Wysokość refundowanego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia bezrobotnych w okresie ………………………** |
| **Wynagrodzenie brutto miesięcznie** | **Obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**III. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:**

***Oświadczam, że:***

1. Nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.
2. Nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz inny danin publicznych.
3. Skierowani bezrobotni będą zatrudnieni na umowę o pracę oraz otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnych lub tych samych stanowiskach.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie, danych osobowych mojej firmy dla celów wynikających z ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 i 1149).
5. Prowadzę działalność gospodarczą/ nie prowadzę działalności gospodarczej1**\*** w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
6. Podlegam / nie podlegam **\*** przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).

………………………………………

Data, podpis i pieczęć Pracodawcy

**Przedsiębiorca** to każdy podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, **niezależnie od jego formy prawnej i źródeł finansowania.** Co więcej, **nie ma znaczenia, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy też nie.** Przedsiębiorcą może być więc również stowarzyszenie czy fundacja, które nie działają   
z zamiarem osiągania zysku. Należy podkreślić, iż przepisy prawa unijnego znajdują zastosowanie także   
w odniesieniu do podmiotów sektora publicznego prowadzących działalność gospodarczą, np. spółek jednostek samorządu terytorialnego, a nawet samych jednostek samorządu terytorialnego. Dlatego należy przede wszystkim wziąć pod uwagę, czy Wnioskodawca prowadzi taką działalność, która może generalnie podlegać normalnym zasadom gry rynkowej (nawet, jeśli w konkretnych warunkach motyw zysku jest wyłączony).

**Działalność gospodarczą**, według unijnego prawa konkurencji, będzie zaś (rozumiane bardzo szeroko) oferowanie na rynku towarów bądź świadczenie na nim usług. Należy zwrócić uwagę, że zakres tego pojęcia jest szerszy niż w prawie krajowym (art. 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej), ponieważ działalność może mieć charakter gospodarczy, w rozumieniu unijnego prawa konkurencji, także w przypadku, gdy nie ma charakteru zarobkowego czy też nie jest prowadzona w sposób zorganizowany lub ciągły.

**\***nie potrzebne skreślić

## IV. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY

W imieniu podmiotu, który reprezentuję, oświadczam, że:

1) znana jest mi treść regulacji prawnych określonych w:

1. ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149) w kwestii refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych;
2. 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);
3. rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 r. 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 24.12.2013);
4. rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 190 z 28.6.2014, s.45);

2) mam świadomość obowiązku:

1. utrzymania w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy – w ramach zawartej z PUP umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych skierowanych bezrobotnych – przez okres, za który dokonywana jest refundacja, **tj. przez 6 miesięcy;**
2. dalszego utrzymania w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy po zakończeniu okresu, za który przysługuje refundacja, przez okres kolejnych **3 miesięcy;**
3. niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku w dniu jego złożenia w PUP;

**3) przyjmuję do wiadomości, że:**

1. w przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania   
   z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu **3 miesięcy,** Urząd kieruje na zwolnione stanowisko innego bezrobotnego;
2. w przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez PUP na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu;
3. PUP nie może przyjąć oferty pracy (stanowiącej załącznik nr 2 niniejszego wniosku),   
   o ile pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną, a także gdy przedmiotowa oferta została w tym samym czasie zgłoszona do realizacji do innego pup na terenie kraju;
4. PUP może nie przyjąć oferty pracy w szczególności, jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
5. w przypadku podania we wniosku nieprawdziwych informacji Dyrektor PUP może odmówić uwzględnienia wniosku;

4) **zobowiązuję się do zwrotu uzyskanej pomocy w kwocie proporcjonalnej do okresu, w którym nie utrzymano zatrudnienia skierowanej osoby, wraz z odsetkami ustawowymi** naliczonym od dnia otrzymania refundacji za pierwszy miesiąc, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu **w przypadku**:

1. niewywiązania się z warunków, o których mowa w punkcie 2a oraz 2b;
2. odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy;

5) **wyrażam zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy   
w Skierniewicach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy,   
o której mowa w art. 51 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 i 1149), zgodnie z ogólnym rozporządzeniem   
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja   
2016 r.);

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

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

**Załączniki do wniosku:**

1. Pracodawca organizujący prace interwencyjne prowadzący działalność gospodarczą i będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.) dołącza do wniosku:
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o *pomoc de minimis,* zgodnie ze wzorem dołączonym do wniosku;
3. Wszystkie zaświadczenia lub oświadczenia o pomocy de minimis, jakie otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
4. informacje niezbędne do udzielenia pomocy de minimis, dotyczące w szczególności wnioskodawcy i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości i przeznaczenia pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
5. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
6. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek.

# Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

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

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

/data/ / podpis i pieczątka /

**OŚWIADCZENIE O POMOCY PUBLICZNEJ**

Oświadczam, że ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( imię i nazwisko oraz adres lub nazwa oraz adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)

1. Otrzymałem/am w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat pomoc *de minimis*:

…………………………

(wpisać TAK lub NIE)

Jeżeli otrzymano pomoc *de minimis* należy podać jej wartość: ………………...… euro, wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć stosowne zaświadczenia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |

2. Otrzymałem/am pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis:*

……………………………

(wpisać TAK lub NIE)

3. Ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomoc:

……………………………

(wpisać TAK lub NIE)

**Dane osoby upoważnionej do podpisania oświadczenia:**

………………………………….. ……………………………………..

Imię i nazwisko Data i podpis

**UWAGA:**

*Pomoc o którą, wnoszę łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, nie spowoduje przekroczenie dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomoc.*