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

(pieczątka pracodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **w Rawie Mazowieckiej**

# **WNIOSEK**

**O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016r., poz. 645).
2. 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 ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014r., poz. 864).
3. 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)
4. Nazwa pracodawcy: ……………………………….………………...…………….

……………………………………………………………………………………….

1. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności: ………….……………...…… ………………………………………………………………………………………
2. Numer identyfikacyjny nadany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON:…………………………………………………...
3. Numer NIP: …………………………………………………………………………
4. Imię i nazwisko osób/y upoważnionych do podpisania umowy w imieniu pracodawcy: ……………………………………………tel.: …………………......
5. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:……………………….....
6. Liczba zatrudnionych pracowników wg stanu na dzień złożenia wniosku ...............
7. Nazwa banku i numer konta bankowego : ………………………………………….

……………………………………………………………………………………….

1. Wnioskuję/emy o skierowanie ……………………… osoby/ób bezrobotnej/ych
w celu zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych na okres refundacji od ………..…………………..………… do…………………….……….……..
2. Zobowiązuję/emy się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego/ych bezrobotnego/ych po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne przez okres: 3 miesięcy - przy pracach interwencyjnych zorganizowanych na okres do 6 miesięcy lub 6 miesięcy - przy pracach interwencyjnych zorganizowanych na okres do 12 miesięcy.
3. Miejsce wykonywania pracy:

………………………………………………………………………………………

1. Nazwa stanowiska pracy, rodzaj wykonywanej pracy:

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

 13.Wymiar czasu pracy:…………………………………………………………………

1. Zmianowość: ………………………………………………………………………..
2. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje: ……………………………………………………………………………………….
3. Wysokość proponowanego wynagrodzenia: ………………………………………..
4. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych …………………………………
5. Stopa /%/ składki na ubezpieczenie wypadkowe ………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

1. **Jestem\* / nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm).

\* *niepotrzebne skreślić*

1. **Forma opodatkowania\***

 karta podatkowa - ………………………………………………………………

 księga przychodów i rozchodów - ………………………………………………

 pełna księgowość - ……………………………………………………………...

 ryczałt od przychodów ewidencjonowanych - ………………………………

 \* *proszę zaznaczyć właściwą.*

 *………………………………………………….*

 */ Data, podpis i pieczątka pracodawcy/*

**Informacja**:

Pracodawca organizujący prace interwencyjne będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) do wniosku dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 tej ustawy.

**Załączniki do wniosku**\***:**

1. Kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną:

- dokument w formie wydruku ze strony internetowej CEIDG,

- wyciąg z KRS w przypadku osób prawnych,

- umowa spółki cywilnej w przypadku spółek cywilnych,

- w szczególnych przypadkach koncesje lub pozwolenie na prowadzenie działalności.

 2. **Oświadczenia**

- załącznik Nr 1

 - załącznik Nr 2

 - załącznik Nr 3

 3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

UWAGA:

* Wnioski wypełnione nieczytelnie lub niepełne, podpisane przez nieupoważnioną osobę, bez kompletu załączników i oświadczeń **NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE.**
* W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przed podpisaniem umowy należy przedstawić zaświadczenia o braku zaległości z tytułu opłacania podatków (Urząd Skarbowy) oraz o braku zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (ZUS lub KRUS).

*Załącznik Nr 1*

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

 Nazwa Pracodawcy

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

 Adres Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące stanu zatrudnienia**

Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku:

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

Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | miesiąc i rok | Liczba zatrudnionych pracownikóww przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

 ………………..………………………………

 */ Data, podpis i pieczątka pracodawcy/*

*Załącznik Nr 2*

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

 Nazwa Pracodawcy

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

 Adres Pracodawcy

**O ś w i a d c z e n i e**

**Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3,**

**oświadczam co następuje: w dniu złożenia wniosku:**

1. **nie zalegam / zalegam\*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. **nie jestem / jestem \*** w stanie upadłości;
4. **dane zawarte w składanym wniosku są zgodne z prawdą.**

\* *niepotrzebne skreślić*

 *………………………………………………….*

 */ Data, podpis i pieczątka pracodawcy/*

*Załącznik Nr 3*

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

 Pieczątka pracodawcy

**O ś w i a d c z e n i e**

**o otrzymanej pomocy de minimis**

**Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3,**

**oświadczam, że** w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku**:**

1. **korzystałem / nie korzystałem\*** z pomocy de minimis.

W okresie od dnia 01.01.2014r. do dnia ………………………… (podać dzień złożenia wniosku) otrzymałem/am pomoc de minimis w wysokości brutto ……………………… zł, co w przeliczeniu stanowi ………………………….euro.

1. **korzystałem / nie korzystałem\*** z innej pomocy publicznej **dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych**.

W przypadku korzystania z pomocy de minimis proszę dołączyć kserokopie wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis z ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy.

Oryginały zaświadczeń należy przedłożyć do wglądu

*………………………………………………………………………………………..*

 */ Data, podpis i pieczątka pracodawcy/*

\* *niepotrzebne skreślić*