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

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

 **Powiatowy Urząd Pracy
 w Choszcznie**

 **ul. Dąbrowszczaków 13**

 **73-200 Choszczno**

**WNIOSEK**

**O ZORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

 **na okres zatrudnienia : do 6 miesięcy, do 12 miesięcy, do 24 miesięcy**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065) oraz rozporządzenia 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 2014 r. poz. 864).

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

1. Nazwa Wnioskodawcy: ................................................................................................................................................
2. Adres siedziby: ...................................................................................................................
3. Adres miejsca prowadzenia działalności: ....................................................................
4. Telefon ……………………………..
5. NIP ……………………………….
6. REGON …………………………………. PKD 2007 …………………………………….
7. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ………………………………………………..
8. Nazwa banku: ...................................................................................................................

 Numer rachunku bankowego: ............................................................................................

1. Forma organizacyjno – prawna ……………………………………………………………..
2. Forma własności .................................................................................................................
3. Forma opodatkowania ……………………………………………………………………..
4. **Stopa ubezpieczenia wypadkowego:** .......... **%**
5. Kontakt z Pracodawcą: .......................................................................................................

(Imię i nazwisko, stanowisko/funkcja, nr telefonu)

1. Osoby/osoba upoważnione do podpisania umowy:
2. .......................................................................................................
3. .......................................................................................................
 (Imię i nazwisko, stanowisko/funkcja)

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STANOWISKA PRACY W RAMACH**

 **PRAC INTERWENCYJNYCH**

* 1. Miejsce pracy skierowanych osób bezrobotnych:

……………………………………………………………………………………………….

* 1. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych: .......................
	2. Stanowiska oraz rodzaj pracy, która ma być wykonywana przez skierowane osoby bezrobotne, a także proponowane wynagrodzenie brutto:
		1. ....................................................................................... ................. ..........................
		2. ....................................................................................... ................. ..........................
		3. ....................................................................................... ................. ..........................

(nazwa stanowiska pracy, rodzaj wykonywanych prac) (ilość osób) (wyn. brutto)

* 1. Kwalifikacje oraz inne wymogi, które winny spełniać kierowane osoby bezrobotne
	(wykształcenie, zawód, uprawnienia, umiejętności):
1. ........................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................
	1. Wymiar czasu pracy:.......................................................................................................
	2. Godziny pracy: ...................................................................................................................
	3. Wnioskowana wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ……………………………………………………….
	4. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez skierowanego bezrobotnego …………………
	5. Wnioskowany okres refundacji ( zaznaczyć odpowiednie):

**a) 6 miesięcy**

**- pełny etat** obowiązek otrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji

 **b) 12 miesięcy:**

 **- pełny etat**  obowiązek otrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie moich danych osobowych na potrzeby Powiatowego Urzędu Pracy w Choszcznie, ,zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

……………………………………. ……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

**Do wniosku należy załączyć :**

1) Kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy.

3) Deklaracje rozliczeniową **ZUS DRA,** za ostatni miesiąc przed złożeniem wniosku.

5) Oświadczenie Pracodawcy(Załącznik nr 1).

6) Oświadczenie Pracodawcy o otrzymanej pomocy de minimis .

7) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**INFORMACJA**

1. Beneficjentem pomocy publicznej jest pracodawca spełniający warunki ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.)

1. Po przeanalizowaniu niniejszego wniosku Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Choszcznie w ciągu 30 dni podejmie decyzję na temat organizacji prac interwencyjnych.

W przypadku przyjęcia wniosku zawierana jest umowa określająca wzajemne warunki współpracy.

2.Kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” i opatrzone pieczęcią oraz podpisem osoby potwierdzającej.

**Informacje na temat prac interwencyjnych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Choszcznie pok. 105 lub pod numerem tel. 95 765 7091w 35**

 Załącznik nr 1

Do wniosku o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

…………………………………… ………..……………………..

 (pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

W dniu złożenia wniosku nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

Prace interwencyjne stanowią pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności **pomocy de minimis**.

**Jestem / nie jestem \*** beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

tj. (Dz. U. z 2007r. nr 59, poz. 404 ze zm.)

……………………………………. ……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

\* właściwe zaznaczyć

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**OTRZYMANEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ W ROKU, W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU 2 POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT**

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY, KTÓRY OTRZYMAŁ POMOC PUBLICZNĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imiona i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy
 |  |
| 1. Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wnioskodawcy
 |  |
| 1. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) wnioskodawcy
 |  |

1. **OŚWIADCZAM, ŻE** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

□ w okresie bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat **NIE OTRZYMAŁAM/-EM/-IŚMY pomocy publicznej de minimis**

□ w okresie bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat **OTRZYMAŁAM/-EM/-IŚMY pomoc publiczną de minimis** w łącznej wysokości … …………………………………...…………….. euro,

 - w przypadku otrzymania pomocy wnioskodawca musi wypełnić część C oświadczenia.

**C. POMOC DE MINIMIS OTRZYMANA W ROKU, W KTÓRYM WNIOSKODAWCA UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU 2 POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu udzielającego pomocy** | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń, o której mowa w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Zgodnie z art.37 ust.7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r., Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc (wnioskodawcę) zaświadczeń, oświadczeń lub informacji, o których mowa w ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, pomoc nie może być udzielona temu wnioskodawcy.

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

(miejscowość, dnia) (pieczątka imienna wraz z podpisem lub czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)