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

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy w Choszcznie**

**ul. Drawieńska 15**

**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………………………. REGON ………………… PKD 2007………………….
6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ………………………………………………..
7. Nazwa banku: ...................................................................................................................

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

1. Forma organizacyjno – prawna ……………………………………………………………..
2. Forma własności ...................................................................................................................
3. Wielkość przedsiębiorstwa ......................................................................................................................................................

( mikroprzedsiębiorstwo, przedsiębiorstwo : małe, średnie, duże)

1. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ..........
2. 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) (wynagrodzenie 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:

…………………………………………………..

* 1. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez skierowanego bezrobotnego ……………………………………………
  2. 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 przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy   
w Choszcznie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. Nr 101, poz. 922)

……………………………………. ………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

**Do wniosku należy załączyć :**

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

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zawierana jest umowa określająca wzajemne warunki współpracy.

1. 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 udzielane są w pok. 105 lub pod numerem tel. 95 765 7091w 35**

Załącznik nr 1

Do wniosku o zorganizowanie 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)

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

Stwierdzam, że oferta pracy nie jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju (data i podpis pracodawcy)

….………………………………………………………………

**- zgoda na publiczne udostępnienie danych umożliwiających identyfikację pracodawcy TAK NIE**

**Numer oferty pracy ………………………………………..…………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy** | | | | | | | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy | | | | | | 2. Adres pracodawcy  kod pocztowy:....................................................................................  ulica...................................................................................................  miejscowość.......................................................................................  gmina.................................................................................................  nr telefonu ………………………………………………………….  Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | | | |
| 3. Preferowana forma kontaktu …………………………………………………...  - fax  - e-mail  - www | | | | | |
| 4. Imię i nazwisko pracodawcy lub pracownika wskazanego przez pracodawcę do kontaktów | | | | | |
| Forma kontaktu kandydatów z pracodawcą:   1. Kontakt osobisty 2. Kontakt telefoniczny 3. Inny (np.: CV+ List motywacyjny przesłać pocztą ) | | | |
| 5. Liczba aktualnie zatrudnionych | | | 7. Forma prawna prowadzonej działalności   1. osoba prawna 2. wpis do ewidencji działalności gospodarczej   8. Agencja zatrudnienia zgłaszająca ofertę pracy tymczasowej\*  TAK NIE  Jeśli TAK – numer wpisu do rejestru agencji ………………………. | | |
| 6. Numer statystyczny  pracodawcy (REGON) | | |
| 9. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD | | | |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszenia oferty pracy** | | | | | | | | | |
| 10. Nazwa zawodu | 12. Nazwa stanowiska  12a Ogólny zakres obowiązków | | | | 13. Liczba wolnych miejsc  pracy:  w tym dla osób niepełnosprawnych | | | | |
| 11. Kod zawodu | 14. Wnioskowana liczba kandydatów | | | | |
| 15. Miejsce wykonywania pracy  15a Wymiar czasu pracy | 16. Dodatkowe informacje (możliwość zakwaterowania) | | | | 17. Rodzaj umowy  1) umowa na czas nieokreślony  2) umowa na czas określony  3) umowa na czas próbny  4) umowa o dzieło   |  | | --- | |  |   5) umowa zlecenie  6) inne …………………………. | | 18. System i rozkład czasu pracy   1. jednozmianowość 2. dwie zmiany 3. trzy zmiany 4. ruch ciągły 5. inne | | |
| 19. Wysokość wynagrodzenia brutto | 20. System wynagradzania   1. akordowy 2. prowizyjny 3. czasowy   4) ryczałtowy  5) inny …………………………. | | | | 21. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy:  poziom wykształcenia ................................................................................  umiejętności ...............................................................................................  uprawnienia ................................................................................................  doświadczenie zawodowe ..........................................................................  znajomość języków obcych (poziom)…………………......................................................................... | | | | |
| 22. Data rozpoczęcia pracy | 23.Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy | | | 24.Pracodawca zainteresowany zatrudnieniem kandydatów krajów EOG  TAK \*\* NIE |
| 25. Okres zatrudnienia w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę |
| 26. Okres aktualności oferty pracy |
| 27. Pomoc doradcy zawodowego lub specjalisty ds. rozwoju zawodowego w doborze, w zmianie wymagań dotyczących kwalifikacji lub przeszkoleniem kandydatów do pracy:  TAK NIE | | 28.Zasięg upowszechniania oferty pracy  1) terytorium Polski  2)terytorium państw EOG\*\* | | | 30.Czy pracodawca wyraża zgodę na upowszechnienie informacji umożliwiających jego identyfikację?  TAK  NIE | | | 31. Przekazanie oferty pracy do wskazanych PUP w celu upowszechniania w ich siedzibie …………………………………………………………………………………… | |
| 29. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę | | |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** | | | | | | | | | |
| 32. Numer pracodawcy: | 33. Data przyjęcia zgłoszenia | | | | | 34. Numer zgłoszenia | | | 35. Sposób przyjęcia oferty  1) pisemnie  2) osobiście |
| 36. Data anulowania zgłoszenia | 37. Numer pracownika PUP | | | | | 38. Inne informacje | | |

***\*niepotrzebne skreślić, \*\*należy wypełnić załącznik do oferty pracy***

Czy pracodawca, za naruszenie praw pracowniczych został skazany prawomocnym wyrokiem lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie (dotyczy okresu 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty – art. 36 ust. 5e pkt. 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)

TAK NIE