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

 (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 pracodawcykod 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 NIEJeśli 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 stanowiska12a Ogólny zakres obowiązków  | 13. Liczba wolnych miejscpracy: 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 umowy1) umowa na czas nieokreślony2) umowa na czas określony3) umowa na czas próbny4) umowa o dzieło

|  |
| --- |
|  |

5) umowa zlecenie 6) inne …………………………. | 18. System i rozkład czasu pracy1. jednozmianowość
2. dwie zmiany
3. trzy zmiany
4. ruch ciągły
5. inne
 |
| 19. Wysokość wynagrodzenia brutto  | 20. System wynagradzania1. akordowy
2. prowizyjny
3. czasowy

4) ryczałtowy5) 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 EOGTAK \*\* 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 pracy1) terytorium Polski2)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 oferty1) pisemnie2) 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