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

*/pieczęć Pracodawcy/ /miejscowość, data/*

**Powiatowy Urząd Pracy w Miechowie**

##### WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH

*Podstawa prawna:*

* *ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,*
* *rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne),*
* *rozporządzenie 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, str. 1),*
* *rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 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 str.9),*
* *ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.,*

#### *I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY*

1. Nazwa Pracodawcy .........................................................................................................................................................

2. Adres siedziby Pracodawcy ............................................................................................................................................

3. Forma organizacyjno –prawna Pracodawcy ...................................................................................................................

na podstawie:  wpisu do ewidencji działalności gospodarczej / CEIDG  wpisu do KRS

 statutu  ustawy, rozporządzenia

4. Data rozpoczęcia działalności \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 5. Forma opodatkowania…………………………………...

6. Regon \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ , NIP \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ , EKD / PKD \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_

7. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) \_\_ , \_\_ \_\_ .

8. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do podpisania umowy ………........................................

9. Imię, nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z tut. Urzędem....................................................................................

10. Telefon ................................................. Faks .................................................E–mail ..................................................

11. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi:……..…….etatów

12. Konto bankowe wnioskodawcy: \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

***II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa stanowiska pracy** | **Liczba bezrobotnych proponowanych**  **do zatrudnienia** | **Wysokość proponowanego wynagrodzenie**  **/brutto/** | **Wykształcenie** | **Niezbędne lub pożądane kwalifikacje** |
|  |  |  |  |  |

1. Miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego ………………………………..............................................................

2. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego ……………………….……………………..

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

3. Proponowany okres zatrudnienia - znakiem **X** proszę zaznaczyć wybrany wariant:

 refundacja przez okres do 6 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego

przez okres kolejnych 3 miesięcy po zakończeniu refundacjioraz deklaracja dalszego zatrudnienia

na….… miesiąc/e

 refundacja przez okres do 12 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego

przez okres kolejnych 6 miesięcypo zakończeniu refundacji oraz deklaracja dalszego zatrudnienia

na….… miesiąc/e

 refundacja możliwa dla osób powyżej 50 roku życia przez okres do 24 miesięcya następnie utrzymanie   
 w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 6 miesięcy po zakończeniu refundacji oraz

deklaracja dalszego zatrudnienia na….… miesiąc/e.

1. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia kierowanego bezrobotnego /miesięcznie/ ………………..……….

#### *III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY*

1. **Nie zalegam** / **Zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek   
   na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych
2. **Nie posiadam** / **Posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
3. **Jestem / Nie jestem\*** beneficjentem pomocy de minimis.

Beneficjentem pomocy de minimis może być podmiot prowadzący działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 TFUE, który jest uprawniony do otrzymania pomocy.

1. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku, w tym dotyczący otrzymanej pomocy de minimis z innych źródeł.
2. Wypłata wynagrodzeń następuje w terminie (znakiem **X** proszę zaznaczyć właściwe):

od pierwszego do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

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

W przypadku otrzymania pomocy, do niniejszego wniosku należy dołączyć:

a/ wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis otrzymane w roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo

b/ oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie (załącznik nr 3 do wniosku)

1. **Otrzymałem / Nie otrzymałem\*** pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy, do niniejszego wniosku należy dołączyć:

a/ oświadczenie o wielkości i przeznaczeniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

**Świadomy/i odpowiedzialności karnej oświadczam/y, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

***Klauzula informacyjna dla osób, których dane osobowe zawarte są we wniosku i od momentu jego złożenia będą przetwarzane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Miechowie.***

*Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej jako „RODO”, informujemy że:*

Administratorem Danych Osobowych osób wymienionych we wniosku jest Powiatowy Urząd Pracy w Miechowie mający siedzibę w Miechowie ( 32- 200) przy ul. Sienkiewicza 27, który jest reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Miechowie.

Można się z nim skontaktować w następujący sposób:

- listownie: ul. Sienkiewicza Nr 27, 32- 200 Miechów,

- przez e- mail [krmi@praca.gov.pl](mailto:krmi@praca.gov.pl)

- telefonicznie: (41)38325-01,02.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można skontaktować się poprzez e- mail [iod@synergiaconsulting.pl](mailto:iod@synergiaconsulting.pl), telefonicznie pod numerem 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Urzędu. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania przez Urząd danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z tym przetwarzaniem danych.

**Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się w siedzibie Urzędu oraz na stronie internetowej** [**www.miechow.praca.gov.pl**](http://www.miechow.praca.gov.pl) **w dziale *Urząd – Ochrona danych osobowych .***

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

*/podpis i pieczątka Pracodawcy*

#### *lub innej osoby upoważnionej/*

**Załączniki :**

1. Załącznik nr 1 - zgłoszenie krajowej oferty pracy (oferta pracy subsydiowanej),
2. Załącznik nr 2 - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

– formularz dostępny na stronie internetowej **miechow.praca.gov.pl** (w przypadku wnioskodawców

będących beneficjentem pomocy).

1. Załącznik nr 3 – oświadczenie o pomocy de minimis (tylko w przypadku jej otrzymania w ciągu ostatnich 3 lat

podatkowych).

1. Kopię umowy spółki (w przypadku spółek cywilnych).

**UWAGA: Oświadczenia winny być podpisane przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji   
w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do wniosku, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.**

W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, zostanie wyznaczony wnioskodawcy   
co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się   
bez rozpatrzenia.

UWAGA poniższe oświadczenie wypełniają wyłącznie przedsiębiorcy.

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

…………….…………………….…………………………………………………..

Pieczątka i podpis, z podaniem imienia i nazwiska przedsiębiorcy lub

osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) w imieniu podmiotu

Niniejsze oświadczenie o niepodleganiu sankcjom służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;

2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;

3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

*------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

**Wypełnia Urząd Pracy**

uwagi:

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

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

podpis pracownika PUP

**Decyzja Dyrektora PUP**

Akceptuję / nie akceptuję[[1]](#footnote-1) wniosek do realizacji.

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

data podpis i pieczęć Dyrektora

Pracodawca został poinformowany w dniu .................................... o sposobie rozpatrzenia wniosku.

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

podpis pracownika PUP

Weryfikacji wnioskodawcy w związku z art. 1 i art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego dokonano w dniu ………………………….. wynik: WIDNIEJE/NIE WIDNIEJE

………………………………..………

podpis pracownika PUP

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)