…….....…… . ....., 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 2017r., poz. 1065 ze zm.).
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)

1. Nazwa pracodawcy: ……..……...…….
   …….
2. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności: ……..……...……
   ……
3. Numer identyfikacyjny nadany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON:……...
4. Numer NIP: ……
5. Imię i nazwisko osób/y upoważnionych do podpisania umowy w imieniu pracodawcy: ……tel.: …….....
6. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:…….....
7. Liczba zatrudnionych pracowników wg stanu na dzień złożenia wniosku .....
8. Nazwa banku i numer konta bankowego : …….
   …….
9. Wnioskuję/emy o skierowanie …… osoby/ób bezrobotnej/ych w celu zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych na okres refundacji od ……..……..…… do…….…….……..
10. 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.

11. Miejsce wykonywania pracy:

……

12. Nazwa stanowiska pracy, rodzaj wykonywanej pracy:

……

……

13.Wymiar czasu pracy:……

14. Zmianowość: ……..

15. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje:

……

……

16. Wysokość proponowanego wynagrodzenia: ……..

17. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ……

18. 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 2016r., poz. 1808 z późn. zm.).

   ** niepotrzebne skreślić*

2. **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 2016r., poz. 1808 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

O Ś W I A D C Z E N I E
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 pracowników w 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

W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

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

W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

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

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

   W okresie od dnia 01.01.2016r. do dnia …… (podać dzień złożenia wniosku) otrzymałem/am pomoc de minimis w wysokości brutto ……zł, co w przeliczeniu stanowi …….euro.

2) **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*