

.....
(pieczęć pracodawcy)

....., dnia

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 2019r., poz. 1482).
- 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. Wnioskuje/emy o skierowanie osoby/ów 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 miesiące - 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 2018r., poz. 362 ze zm.).

** niepotrzebne skreślić*

2. Forma opodatkowania*

☐ karta podatkowa -

☐ księga przychodów i rozchodów -

☐ pełna księgowość -

☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych -

** proszę zaznaczyć właściwą.*

3. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom*:

☐ do ostatniego dnia miesiąca za bieżący miesiąc,

☐ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.

** proszę zaznaczyć właściwą.*

.....

/ Data, podpis i pieczęć 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 2018r., poz. 362 ze 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).

.....
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 pieczęć pracodawcy/

.....
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 pieczęćka pracodawcy/

.....
Pieczęta 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 01.01.2017r. do dnia (podać dzień złożenia wniosku) otrzymałem/am pomoc de minimis w wysokości bruttozł, co w przeliczeniu stanowieuro.

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 pieczęta pracodawcy/

* niepotrzebne skreślić