

……………………………….. Nr ewidencyjny 6100/……

(pieczęć firmowa pracodawcy)

Kłodzko, dnia …………………

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Kłodzku**

**Wniosek**

**o organizację zatrudnienie subsydiowanego - prac interwencyjnych**

na zasadach określonych w ustawie z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia MRPiPS z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne.

1. Proszę o skierowanie …….. bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kłodzku do wykonywania prac interwencyjnych na okres zatrudnienia do 6 miesięcy.
2. Umowa na 6 miesięcy - refundacja co miesiąc w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty zasiłku określonej w art. 72 ust. 1 pkt. 1, i składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia. Maksymalna miesięczna wysokość refundacji nie może przekroczyć **1 416,00 zł**

**Pracodawca jest zobowiązany, do utrzymania w zatrudnieniu w wymiarze pełnego etatu skierowanych bezrobotnych przez okres 18 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne.**

1. Planowany termin rozpoczęcia prac od ……………………………………….…….. .
2. Skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy bezrobotni zostaną zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy/ ~~w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy~~\* na następujących stanowiskach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Liczba bezrobotnych do zatrudnienia | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi | Wysokość proponowanego wynagrodzenia (miesięcznie) | Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |

1. **Dane dotyczące organizacji subsydiowanego miejsca zatrudnienia:**
2. Miejsce wykonywania pracy ……………………………………..................................................................................

………………………………………………………………………………………………

1. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

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

1. **Dane dotyczące Pracodawcy:**
2. Nazwa pracodawcy, adres siedziby

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

1. Miejsce prowadzenia działalności, nr telefonu

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

REGON ………………………………….., NIP ……………………….…………………..

Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ……………………………………..

1. Stopa % ubezpieczenia wypadkowego ……………………………………………………….
2. Forma opodatkowania …………………………………………….., oraz stawka % ………..
3. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników …………………………………………………...
4. Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku nie zalegam/ zalegam\* z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
5. Oświadczam, że jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

Beneficjent pomocy – należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność gospodarczą w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną.

Działalność gospodarcza – należy przez to rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

1. Wniosek nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny podlega uzupełnieniu w terminie 7 dni od daty wyznaczenia przez Urząd. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostaje bez rozpatrzenia.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej z art.233 K.K. oświadczam, że wszystkie udzielone informacje we wniosku są zgodne z prawdą.
3. Pracodawca zobowiązuje się do przestrzegania postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityki Ochrony Danych Osobowych.

\*niewłaściwe skreślić

………………………………

(pieczątka i podpis pracodawcy)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Pracodawca organizujący prace interwencyjne będący beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy i dołącza odpowiednie informacje, zaświadczenia lub oświadczenia. **formularz pomocy de minimis, oraz załącznik nr 1 (dotyczy beneficjentów pomocy publicznej)**.
2. Oświadczenie o braku podwójnego finansowania w projektach współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
3. Oferta pracy ( druk wewnętrzny).
4. Umowa spółki cywilnej.
5. W przypadku braku możliwości ustalenia przez urząd wpisu do stosownego rejestru publicznego (jeżeli profil prowadzonej działalności tego wymaga) należy dostarczyć uwierzytelnioną kserokopię koncesji, licencji, zezwolenia, certyfikatu, lub innych wpisów do stosownych rejestrów.
6. Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność w sektorze rolnym lub rybołówstwa - formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę wzór formularza sporządzony na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810).

**Uwaga:**

**Kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym.**

**WYPEŁNIA URZĄD PRACY**

**1) s**prawdzono pod względem formalnym i merytorycznym

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................   
 realizacja bieżących umów

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

……………........……….… (data, podpis i pieczątka Pracownika C/RI)

2) zalega/nie zalega z płatnościami wobec PUP

……….....…………….… (data, podpis i pieczątka

Pracownika księgowości)

3) Kierownik CAZ - ocena wniosku

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

…….....…......……….… (data, podpis Kierownika CAZ )

4) Z-ca Dyrektora ds Rynku Pracy - akceptuje / nie akceptuje wniosek do realizacji

………………………………

(data ,podpis i pieczątka)

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**Dotyczy beneficjentów pomocy**

………………, dnia …………………….

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY LUB PRZEDSIĘBIORCY**

1. Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej składam oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w okresie 3 lat.
   1. **I**. Oświadczam, że **nie spełniam/spełniam**\* warunki rozporządzenia 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) które udzielane są zgodnie z przepisami tego rozporządzenia, z wyłączeniem środków przyznawanych w zakresie krajowego transportu osób taksówkami w okresie od **01.01.20…r**. do dnia złożenia wniosku **nie otrzymałem/otrzymałem**\* pomoc o charakterze de minimis w wysokości …………… EURO

* 1. **II.** Oświadczam, że **nie spełniam/spełniam**\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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. 1) które udzielane są zgodnie z przepisami tego rozporządzenia, w okresie od **01.01.20….r**. do dnia złożenia wniosku **nie otrzymałem/otrzymałem**\* pomoc o charakterze de minimis w wysokości …………….EURO
  2. **III**. Oświadczam, że **nie spełniam/spełniam**\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz.UE L 190 z 28.06.2014, str. 1) które udzielane są zgodnie z przepisami tego rozporządzenia w okresie od **01.01.20…r.** do dnia złożenia wniosku **nie otrzymałem/otrzymałem**\* pomoc o charakterze de minimis w wysokości …………….EURO
  3. **IV**. Przyznanie nowej pomocy **nie spowoduje/spowoduje**\* przekroczenia pułapu 200 000 EURO,

a w przypadku transportu nie przekroczy 100 000 EURO

* 1. **V.** Okres 3 lat, które należy podać to pomoc w danym roku budżetowym (do dnia złożenia wniosku) oraz dwóch pełnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.
  2. **VI.** W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie o otrzymanej pomocy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Organ udzielający pomoc | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy  w EURO | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  |  |

\*niewłaściwe skreślić …...……………………………………………………

(pieczątka i podpis pracodawcy lub przedsiębiorcy)