**.......................................................................**

(miejscowość i data)

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

/pieczęć firmowa pracodawcy/

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**………………………………….**

**W N I O S E K**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**  
na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013r., poz. 674 z późniejszymi zmianami) oraz rozporządzeniu 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)

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY :**
   1. Nazwa pracodawcy...................................................................................................................

Adres siedziby...........................................................................................................................

Telefon………………………………………………………………………………………………….

e –mail…………………………………………………………………………………………………..

Miejsce prowadzenia działalności..............................................................................................

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

* 1. NIP.............................................., REGON.................................................PKD......................
  2. Nazwa banku i numer konta......................................................................................................
  3. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej................................................................................
  4. Rodzaj prowadzonej działalności..............................................................................................

............................................................... data rozpoczęcia......................................................

**6.** Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe....................................................%

**7.** Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku................................................

**8** . Pracodawca zalicza się do kategorii:

* mikroprzedsiębiorstw

- mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln euro;

* małych przedsiębiorstw

- małe przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln euro

* średnich przedsiębiorstw

- średnie przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln euro;

* pozostałych

- nie mieszczących się w kategoriach wymienionych powyżej.

**9.** Czy w przeciągu 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku nastąpiło zmniej-szenie zatrudnienia (jeżeli tak to o ile osób i co było tego przyczyną?) ……………………

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

…………………………………………………………………………………………………………

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRAC INTERWENCYJNYCH**

**1.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba osób bezrobotnych planowanych do zatrudnienia** | **Okres refundacji** | **Deklarowany okres zatrudnienia po okresie refundacji** | **Zawód\* Stanowisko** | **Pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi** |
|  |  |  |  |  |

**\*kod i nazwa zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności**

1. Miejsce i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez bezrobotnych, czas pracy

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proponuję wynagrodzenie miesięczne brutto w wysokości: .............................................
2. Wnioskuję o refundację z Funduszu Pracy.................................zł wynagrodzenia miesięcznie za każdą osobę zatrudnioną.

**Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych przez okres**

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

/co najmniej przez okres 3 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji/

Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby, z którą należy się kontaktować w sprawie zatrudnienia ..............................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | .................................................................  podpis i pieczęć |
|  | **(Właściciel, Dyrektor, Prezes)** |

**Oświadczamy że:**

1. skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nie określony,
2. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych,
3. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne,
4. jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 oraz z 2008r, Nr 93, poz. 585)
5. wielkość pomocy de minimis otrzymanej przez nas w bieżącym roku kalendarzowym wynosi łącznie: ……………….., a w dwóch poprzedzających bieżący rok latach wyniosła: ……………………;
6. wielkość pomocy publicznej otrzymanej przez nas w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis wynosi: ……………………………... i jest przeznaczona na: …………………………………………………………………. .
7. wszystkie dane i informacje podane z niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

\* niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego stanowiącego iż: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.***

**Data**.............................

|  |  |
| --- | --- |
|  | .................................................................  podpis i pieczęć |
|  | **(Właściciel, Dyrektor, Prezes)** |

Do wniosku należy dołączyć:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis – Dz. U. Nr 53,poz.311.

2. W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność).