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

/pieczęć firmowa pracodawcy/ /miejscowość i data/

 **POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **w Ełku**

**WNIOSEK nr …….**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w **art. 51** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. zm.).

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

Adres siedziby.......................................................................................................................................... Miejsce prowadzenia działalności............................................................................................................

Nr telefonu(ów)

tel. tel. kom. fax

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby prawnie reprezentującej podmiot ubiegający się o refundację:

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

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

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

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

Dane osoby odpowiedzialnej za kontakty z urzędem:

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

1. NIP , REGON , PKD
2. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS.............................................................
3. nazwa banku i numer konta …………………………………………………………………………….
4. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności……………………………………………...
5. Rodzaj prowadzonej działalności.............................................................................................................

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

7. Forma opodatkowania.................................................................................................................................

8. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe wynosi **,** %

10. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełne etaty……….

11. Czy zakład pracy korzystał z prac interwencyjnych, jeśli tak to w jaki sposób wywiązał się z umów

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

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

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

/nr umowy, z dnia, ilość osób refundowanych, ilość osób zatrudnionych po okresie refundacji/

**Niniejszym oświadczam, że jestem/ nie jestem beneficjentem pomocy publicznej\*** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 1808).

***\* Beneficjentem pomocy******- jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą,*** *w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.*

**Działalnością gospodarczą** jest zarówno działalność produkcyjna, dystrybucyjna jak i usługowa, nawet jeżeli nie jest ona nastawiona na osiąganie zysku (Ustawa z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej), tj. jeżeli podmiot rzeczywiście prowadzi działalność gospodarczą, a pomoc ze środków publicznych zostanie udzielona na ten zakres działalności podmiotu wówczas stanowi ona pomoc de minimis.

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

 /data/ /podpis, pieczęć imienna/

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

1.Wyrażam gotowość i wnioskuję o zorganizowanie prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy dla .......... osoby(-ób) bezrobotnej(-ych) zarejestrowanej(-ych) w Urzędzie i zobowiązuję się utrzymać w zatrudnieniu skierowaną(-e) osobę(-y) bezrobotną(-e) przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

2. Okres trwania prac interwencyjnych

 /1 – 6 miesięcy/ (refundacja co miesiąc) od...................................do..................................

 lub

 /1 - 12 miesięcy/ (refundacja co drugi miesiąc) od................................... do...................................

3. Miejsce świadczenia pracy............................................................................................................

4. Stanowisko Rodzaj prac Niezbędne lub pożądane kwalifikacje

/poziom i kierunek wykształcenia, staż pracy, umiejętności/

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

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

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

Kandydat(-ci) - podać w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada swojego(-ich) kandydata(-ów):

Imię Nazwisko Miejsce zamieszkania

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

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

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

5. Zmianowość .........................................................................................................................................

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych......................................

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

7. Wysokość proponowanej refundacji z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych \*

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

\*(max. 831,10 zł wynagrodzenia + ZUS od tej kwoty tj. emeryt. 9,76% + rent.6,5% + wypadkowa - refundacja co miesiąc przez okres do 6 miesięcy lub 2.000,00 zł wynagrodzenia + ZUS od tej kwoty tj. emeryt. 9,76% + rent.6,5% + wypadkowa - refundacja co drugi miesiąc przez okres do 12 miesięcy)

**OŚWIADCZAM ŻE :**

● nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i zobowiązań podatkowych wobec Urzędu Skarbowego;

● nie zostałem w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie naruszenia praw pracowniczych (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. zm.);

● znam i spełniam warunki, o których mowa w Rozporządzeniu 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 864);

● skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

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

 /data/ /podpis, pieczęć imienna/

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. 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 2014 r. poz. 864).

**Uwaga!**

**W przypadku Jednostek będących beneficjentami pomocy publicznej należy złożyć wniosek o organizację prac interwencyjnych na formularzu dla przedsiębiorców.**

**W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, urząd wyznacza co najmniej 7 dniowy termin jego uzupełnienia.**

**Wniosek nieuzupełniony w terminie wyznaczonym przez urząd pozostawia się bez rozpatrzenia.**