# ..................................................................... ............................................................................

*Pieczęć Wnioskodawcy miejscowość, data*

# POWIATOWY URZĄD PRACY

# W BIŁGORAJU

**WNIOSEK
o organizację prac interwencyjnych**

*(obowiązuje od stycznia 2024)*

Podstawa prawna:

1. ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 735): art. 51. art.51a, art. 56, art.59, art. 61aa pkt 4;
2. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 roku 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);
3. Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE 2013 L 352/1 ).
4. Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy de minimis w sektorze rolnym Dz. Urz. UE 2013 L 352/9);
5. właściwe przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z 27.06.2014 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 TFUE do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE 2014 L 190/45).
6. Pełna nazwa pracodawcy lub przedsiębiorcy: ………...........……………………………………………….……. ……………...………………………………………………………………………………...………………..……....
7. Adres siedziby: ……………….………………….…..………………………….………………..………................

nr tel. ……………………………...……..., e-mail: ……………..............................………………………..…....

1. Miejsce prowadzenia działalność: …….………….…………..…………………………………..…………...…...

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

1. Adres do korespondencji: …………….………….………..……………………………………………..…….......
2. Numer NIP: \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ Numer REGON: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
3. Numer KRS (*o ile dotyczy*): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ PKD: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
4. Forma organizacyjno–prawna prowadzonej działalności: ……......…………………….……………………… …………………………………………………………………………………………………………........…………
5. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe ……...…..….%
6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: …………………………………............………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy, stanowisko, nr kontaktowy:

Pan/i ……………………………………….....………………….., tel. ………....................……………...

Pan/i ……………………………………….....………………….., tel. ………....................……………...

Osoba do kontaktów z PUP: …………………….....………………….., tel. ……….....................…….

1. Liczba *z*atrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……..........…..….
2. Termin wypłaty wynagrodzeń:
* do ostatniego dnia miesiąca za bieżący miesiąc,
* do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,
* Inny: ……………………………………………………………………… .
1. Informacje dotyczące stanowisk pracy, na których zostaną zatrudnione osoby skierowane w ramach prac interwencyjnych (*zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności wprowadzonej rozporządzeniem MPiPS z dnia 24.02.2014 r. (*Dz.U. 2018 poz. 227*) oraz na stronie internetowej:* [*http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow zawodow*](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow%20zawodow))

1. Nazwa zawodu ………………………………………………………...……......

Kod zawodu: ……………….……………………………….…

Nazwa stanowiska pracy ............................................................................................

Rodzaj wykonywanych prac: ……………………………………………………...……………

………………………………………………………...…………

…………………………………………………...………………

Liczba miejsc pracy: …………

Niezbędny/pożądany *(niepotrzebne skreślić)* kwalifikacje w tym poziom i rodzaj wykształcenia: …………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

Uprawnienia: …………………………………………………...………………

Umiejętności: …………………………………………………...………………

Staż pracy: …………………………………………….……….

2. Nazwa zawodu

……………………………………………………….........……

Kod zawodu: …….………………………….…………………

Nazwa stanowiska pracy ............................................................................................

Rodzaj wykonywanych prac: ……………………………………………………...……………

………………………………………………………...…………

…………………………………………………...………………

Liczba miejsc pracy: …………

Niezbędny/pożądany *(niepotrzebne skreślić)* kwalifikacje w tym poziom i rodzaj wykształcenia: …………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

Uprawnienia: …………………………………………………...………………

Umiejętności: …………………………………………………...………………

Staż pracy: ……………………………………………….…….

Miejsce wykonywania pracy: …………………….……..….....……………...………......……………...….…..………….....

Godziny świadczenia pracy przez osoby skierowane: ………………………………………….

Ilość zmian: ……………… Wymiar czasu pracy: ………………………………………..………

1. **Proponowany okres zatrudnienia osób skierowanych w ramach prac interwencyjnych - okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne:**

**od** ……………………………....…....………………… **do** ……………………….........…………………………

1. Proponowana wysokość wynagrodzenia dla skierowanych osób: …..………………………… zł.
2. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych osób: ……………………………….................................……
3. **Po zakończeniu okresu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne Pracodawca zobowiązuje się do zatrudnienia wszystkich skierowanych osób na okres co najmniej ………….. miesiące.**
4. W przypadku braku w rejestrze tut. urzędu osób o wskazanych we wniosku kwalifikacjach oraz w przypadku stanowisk wymagających dodatkowych uprawnień, wnioskodawca zobowiązuje się do przeszkolenia
we własnym zakresie zatrudnionych w ramach wnioskowanej refundacji.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. **Prowadzę / nie prowadzę\*** działalność(i) gospodarczej w rozumieniu przepisów:
	* ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2023, poz. 221 z późn. zm.),
	* ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

(Dz. U. z 2023r., poz. 702).

1. **Zalegam / nie zalegam\*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom.
2. **Zalegam / nie zalegam\*** z zapłatąnależnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
3. **Zalegam / nie zalegam\*** z zapłatą innych danin publicznych.
4. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku:
	* **zostałem / nie zostałem\*** ukarany za naruszenie przepisów prawa pracy lub,
	* **zostałem / nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo,
	* **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
5. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Biłgoraju, otrzymam pomoc de minimis (*dotyczy beneficjentów pomocy*).
6. **Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** decyzję(i) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
7. Przyjmuję do wiadomości, że Staroście Biłgorajskiemu, za pośrednictwem Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Biłgoraju przysługuje prawo do weryfikacji wiarygodności danych zamieszczonych we wniosku oraz zobowiązuję się na wezwanie przedłożyć niezbędne dokumenty lub oświadczenia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Biłgoraju dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS 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) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)  2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. 2019r., poz. 1781).
9. Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/am się z treścią klauzul informacyjnych Powiatowego Urzędu Pracy w Biłgoraju (dostępnych na tablicach informacyjnych Urzędu, oraz na stronie internetowej pod adresem: <https://bilgoraj.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>), w tym przysługujących mi prawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, które przekazuję świadomie i dobrowolnie.

*\*niewłaściwe skreślić*

***Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz przedłożone do niego załączniki są zgodne
ze stanem prawnym i faktycznym co potwierdzam własnoręcznym podpisem.***

Miejscowość ……………………………….; dnia ………...……… 2024 r. ............................................................................

 *(Podpis Wnioskodawcy)*

**Załączniki do wniosku:**

1. aktualny dokument potwierdzający prawną formę istnienia Wnioskodawcy, tj.:
	* umowa spółki (w przypadku spółek cywilnych),
	* statut lub inny dokument określający zasady funkcjonowania Wnioskodawcy (w przypadku osób prawnych);
2. Deklaracja ZUS DRA za ostatni miesiąc rozliczeniowy;
3. Załącznik Nr 1 - oświadczenie o pomocy de minimis (dotyczy beneficjenta pomocy);
4. Załącznik Nr 2 –oświadczenie dotyczące zakazu wsparcia w związku z działaniami Federacji Rosyjskiej
5. Załącznik Nr 3 - ***Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis*** (dotyczy beneficjenta pomocy).

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność
z oryginałem przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną. Natomiast pełnomocnictwo
do reprezentowania Wnioskodawcy należy przedłożyć do wglądu w oryginale lub kopii uwierzytelnionej przez notariusza.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PUP** |
| **DOSTĘPNE ŚRODKI:*** Fundusz Pracy
* inne:

…………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………...… |
| **Ocena pośrednika pracy dotycząca informacji zawartych w punkcie 14 wniosku:** |
| Informacje dotyczące stanowisk pracy, na których zostaną zatrudnione osoby skierowane w ramach prac interwencyjnych zostały opisane zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności. *…………..……………………………………..* *(data i pieczątka imienna wraz z podpisem* ***pośrednika pracy****)* |
| **Opinia pośrednika pracy o możliwości skierowania osób na opisane wyżej stanowiska pracy utworzone w ramach prac interwencyjnych**: |
| Na dzień dzisiejszy w ewidencji osób bezrobotnych figurują / nie figurują\* osoby spełniające wymogi pracodawców określone w przedłożonym wniosku – biorąc pod uwagę w/w dostępne środki.…………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................... …………..…………………………………….. *(data i pieczątka imienna wraz z podpisem* ***pośrednika pracy****)* |
| **Wstępne badania lekarskie** |
| W dniu \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ r. przedłożono do wglądu orzeczenie lekarskie nr \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_. *…………..……………………………………..* *(pieczątka imienna wraz z podpisem****pracownika merytorycznego)*** |
| **Wstępne szkolenie BHP** |
| W dniu \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ r. przedłożono do wglądu kartę szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. *…………..……………………………………..* *(pieczątka imienna wraz z podpisem****pracownika merytorycznego)*** |

\* Niepotrzebne skreślić **Załącznik Nr 1 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE o pomocy de minimis**

**Ja, niżej podpisany/a** …………………………………………………...…………………………………………..

**reprezentujący/a**

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

/oznaczenie podmiotu, szkoły, przedszkola; pełna nazwa, adres, NIP/

***Oświadczam, że:***

1. w roku, w którym ubiegam się o przyznanie refundacji oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych otrzymałem / nie otrzymałem\* środki stanowiące pomoc de minimis w łącznej wysokości:

........................................ zł .....................................euro,

- pomoc de minimis w sektorze transportu drogowego towarów: .................................. zł ............................... euro,

- pomoc de minimis przyznawaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym: ...................................... zł ...................................euro.

1. w roku, w którym ubiegam się o przyznanie refundacji oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych**otrzymałem / nie otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w rolnictwie w łącznej wysokości:

...................................... zł ...................................euro.

1. w roku, w którym ubiegam się o przyznanie refundacji oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych**otrzymałem / nie otrzymałem\*** środki stanowiące de minimis w rybołówstwie w łącznej wysokości:

...................................... zł ...................................euro.

***\*niepotrzebne skreślić***

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

………………………………… ……………………………………………….

 *Miejscowość i data (podpis Wnioskodawcy)*

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PUP** |
| Oświadczenie jest zgodne / niezgodne\* z danymi zawartymi w aplikacji Shrimp2.*…………………………………. ……………………………………..* *(data weryfikacji) (pieczątka imienna wraz z podpisem* *pracownika merytorycznego)* |

\* Niepotrzebne skreślić