Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie ul. Słowackiego 8
Centrum Aktywizacji Zawodowej – Referat Realizacji Programów Rynku Pracy
tel. (032) 753 38 35

....……..…
/pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy/ */miejscowość, data/*

WNIOSEK O ZATRUDNIENIE BEZROBOTNEGO W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

/obowiązujący od 2018 r./

Podstawa prawna:

- *ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r , poz. 1065 z późn.zm.),*
- *rozporządzenie 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),*
- *rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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)*
- *rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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. 9)*
- *rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 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).*
- *ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.)*

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy .....
2. Adres siedziby Pracodawcy/Przedsiębiorcy .....
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. Forma organizacyjno – prawna Pracodawcy/Przedsiębiorcy .....
5. Data rozpoczęcia działalności.....
6. Regon __ __ __ __ __ __ __ __ __ , NIP __ __ __ - __ __ __ - __ __ - __ __ , EKD / PKD __ __ . __ __
7. Nr rachunku bankowego Pracodawcy/Przedsiębiorcy:

   __
8. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) .....
9. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do podpisania umowy .....
.....
10. Imię, nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z tut. Urzędem.....
11. Telefon ..... Faks .....E–mail .....

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRAC INTERWENCYJNYCH

Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia	Wysokość proponowanego wynagrodzenie /brutto/	Nazwa stanowiska pracy	Wykształcenie	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje

1. Miejsce wykonywania pracy przez bezrobotnego …….....
……

2. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego …….……
……

3. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego /brutto miesięcznie/ ……..……..……

4. Proponowany okres zatrudnienia - znakiem **X** proszę zaznaczyć wariant/warianty:

   ☐ refundacja przez okres do 6 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 3 miesięcy po zakończeniu refundacji**;**

   ☐ dalsze zatrudnienie po okresie wyżej wskazanym na okres ……..…….. w ramach umowy …… z wynagrodzeniem ……..……dla … ..osoby/osób

III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. W stosunku do Pracodawcy/Przedsiębiorcy nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.

2. **Nie zalegam** / **Zalegam*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych

3. **Nie posiadam** / **Posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

4. Wypłata wynagrodzenia następuje w terminie (znakiem **X** proszę zaznaczyć właściwe):
   ☐ W miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie
   ☐ w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

5. **Jestem / Nie jestem*** beneficjentem pomocy – 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 z późn. zm.) **beneficjent pomocy** to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania.

6. **Otrzymałem / Nie otrzymałem*** pomoc de minimis w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

7. **Otrzymałem / Nie otrzymałem*** pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.

8. **Otrzymałem / Nie otrzymałem*** pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

9. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku, w tym dotyczący otrzymanej pomocy de minimis z innych źródeł.

10. Informacja o stanie zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**:

ZATRUDNIENIE W OKRESIE 6 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY	**Miesiąc / rok**					

** Ilość osób zatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy i przy pracach sezonowych stanowi części ułamkowe.

Do zatrudnionych zalicza się: osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, w tym również osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych i robót publicznych.
Do zatrudnionych nie wlicza się: osób wykonujących pracę nakładczą, pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy cywilnoprawnej.

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy proszę podać przyczyny spadku ……..

11. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi …….... etatu;

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z wykonywaniem zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie. Zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie wglądu i poprawianiu moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. (tekst jednolity Dz. U. 2016 r. poz. 922).

.....
/podpis i pieczątka Pracodawcy/Przedsiębiorcy
lub innej osoby upoważnionej/

Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenia o pomocy de minimis, jakie pracodawca/przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie – załącznik nr 1.
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – załącznik nr 2.
3. **Krajowa oferta pracy** – załącznik 3.

Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie informuje, iż na podstawie art. 59 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, podaje do publicznej wiadomości wykaz pracodawców i osób z którymi zawarto umowy o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych poprzez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu na okres 30 dni. Zbiorczy wykaz pracodawców i osób przekazuje również Powiatowej Radzie Rynku Pracy.

UWAGA: Oświadczenia winny być podpisane przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do wniosku, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.

W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, zostanie wyznaczony wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 1

. . . . . .
(pieczęć firmowa Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

. . . . . .
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY

Oświadczam co następuje:

……
(pełna nazwa Pracodawcy / Przedsiębiorcy)

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej, **nie otrzymałem/am/ / otrzymałem/am**[1] pomoc publiczną de minimis[2] w następującej wielkości:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna jej otrzymania	Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto	
						w PLN	w EURO
					RAZEM:		

. . . . . .
(data, podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

[1] *Niepotrzebne skreślić*

[2] **Do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:**
a) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
b) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
c) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
d) jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.
Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.