………………………….. Sochaczew, dnia ……………………………………

 Pieczęć Wnioskodawcy

**Starosta Sochaczewski**

**za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Sochaczewie**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024r., poz. 475), 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 opłacanych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014r.,poz. 864).

**I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy……………………………………………………………………………..…………………………………………………

2. Adres siedziby …………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

3. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………………………….......................

4. Telefon ……………………………….………. fax ………………… e-mail ………………………………………………………………..…

5. Forma organizacyjno –prawna ……………………………………………………............................................................

6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej …………………………………………………………………………………………..

7. REGON ……………………………………………………. 8. NIP ………………………………………………………..……………..…….

9. Kod klasyfikacji prowadzonej działalności według PKD: ………………………………………………..……………………….

10. Wielkość przedsiębiorstwa (mikro, małe, średnie, inne\*) ………………………………………………………………………

(\*właściwe zakreślić/ 1)W kategorii MŚP mikro przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.

2)W kategorii MŚP przedsiębiorstwo małe definiuje się jako zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

3)W kategorii MŚP na średnie przedsiębiorstwa (MŚP) składają się przedsiębiorstwa zatrudniające mniej niż 250 pracowników, i których roczny obrót nie przekraczają 50 milionów EUR, a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.)

11. Forma opodatkowania ……………………………………………….........................................…………………………………….

12. Wysokość opodatkowania …………………………………………………………………………………………………..……………..%

13. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………………………………………..……..

14. Numer rachunku bankowego:

 \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

15. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy
o organizację prac interwencyjnych: ( w przypadku pełnomocnictwa).

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

16. Liczba pracowników zatrudnionych u Wnioskodawcy (umowy o pracę, umowy cywilno-prawne) ……..……

17. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, w dniu złożenia wniosku
(tylko umowy o pracę) …………………………………………………………………….……………………………………………………………

18. Informacja o zatrudnieniu w okresie 6-cu miesięcy bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **miesiąc** |  |  |  |  |  |  |
| **stan zatrudnienia** |  |  |  |  |  |  |

**II. INFORMACJA O PLANOWANYCH PRACACH INTERWENCYJNYCH**

1**.** Liczba osób bezrobotnych proponowana do zatrudnienia:………………………………………………….………………….

2. Proponowany okres zatrudnienia

od …………………..……. do …………………………. tj. …………………. miesięcy

3. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy o organizację prac interwencyjnych

a) Nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów): ………….……………………………………………………..…….

b) Zakres wykonywanych czynności: ……………………….……………………………………………………………………………..……. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………..…………………………………….

4. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:

a) Wykształcenie: ………………………………………..…………………………………………………………………………………..………….

b) Specjalność: …………………………………………….………………………………………………………………………………………………

c) Dodatkowe kwalifikacje: …………………………………………………………………………………………………………………………..

5. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych: ……………………….…………………………………………………………………

6. Zmianowość: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………..…

7. Praca w godzinach: od …………...…… do …………..…..

8. Proponowany wymiar czasu pracy: ………………………….…………………………………………………………………….……….

9. Proponowane wynagrodzenie (brutto): ………………………………………………………………………………………………….

10. Termin realizacji wypłat wynagrodzeń pracowniczych (zaznaczyć właściwe):

* + do 10-go po miesiącu rozliczeniowym;
	+ do ostatniego dnia miesiąca rozliczeniowego.
	11. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów ……………….…………………… miesięcznie/osobę.

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

1. Wnioskuję o zatrudnienie ……………….. osób w ramach prac interwencyjnych, zgodnie z art.\* ……………….. Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

1.1.\* Zgodnie z art. 51 – refundacja przez okres do 6 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 3 miesięcy po zakończeniu refundacji.

1.2.\* Zgodnie z art. 56 – refundacja przez okres do 12 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 6 miesięcy.

\*wybrać właściwy

**IV.OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że**:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o których mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
(Dz.U. z 2023 r.  poz. 702 z późn. zm.).
3. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłacaniem
w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych.
4. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nie nastąpiło w moim przedsiębiorstwie zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy.
5. W ciągu ostatnich 365 dni nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie ( zgodnie z art. 36 ust. 5e pkt 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).
6. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego;
na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego.
7. Zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych nie spowoduje zwolnienia innego pracownika.
8. Ponadto zobowiązuję się do:
	1. Niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
	2. 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 otrzymam taką pomoc.
	3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych
	we wniosku oraz załącznikach.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów związanych z realizacją prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy
w Sochaczewie, zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. L 119 z 4.5.2016, s.1)

……………………………………………….

 /podpis i pieczątka Wnioskodawcy/

**Deklaruję:**

* 1. Po okresie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych dalsze zatrudnienie na okres co najmniej:

• 4 miesięcy – przy refundacji 6 miesięcy;

* 7 miesięcy – przy refundacji 12 miesięcy.
	1. Przestrzeganie w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających
	z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Złożony niekompletny wniosek bądź zawierający braki formalne będzie rozpatrywany po ich uzupełnieniu.

2. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sochaczewie , pomoc nie będzie udzielana na zatrudnienie osoby bezrobotnej, która w ciągu 12 miesięcy przed złożeniem wniosku była pracownikiem u Pracodawcy (niezależnie od formy i długości zatrudnienia).

……………….………….., dnia ……………………….

*………………………………………………….*

 / podpis i pieczątka Wnioskodawcy/

Załączniki:

1. Oświadczenie o pomocy de minimis.
2. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań w zakresie ograniczenia lub wyłączenia
z możliwości wspierania ze środków publicznych podmiotów i osób, które
w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są
za nie odpowiedzialne (załącznik nr 3).
4. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów.
5. W przypadku, gdy pracodawcą jest spółka cywilna prosimy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
6. W przypadku, gdy miejscem wykonywanej pracy nie jest siedziba firmy dołączyć należy kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu wykonywanej pracy.
7. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność rolniczą lub dział specjalny produkcji rolnej, prosimy do wniosku dołączyć:
* dokument potwierdzający fakt posiadania gospodarstwa rolnego lub prowadzenia działu specjalnego ( np. decyzja o wysokości podatku rolnego, zaświadczenie z właściwego urzędu, zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o podleganiu opodatkowaniu z tytułu prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej);
* oświadczenie o niezaleganiu ze składkami wobec KRUS.

 **Załącznik nr 1**

### Na podstawie ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U.UE.L.2023.2831).

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis**

Imię i nazwisko/nazwa firmy: ……………………………………………………………………………………………..…..…………..

Adres siedziby: ……………………………………………….…………………………………………………………..…………………….…

NIP: ……………………………………………………………………….………………………………………………………………..…………..

 **Oświadczam, że** w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych ww. przedsiębiorstwo **(właściwe zaznaczyć X)**:

□ **nie otrzymało** pomocy de minimis

□ **otrzymało** pomoc de minimis w łącznej wysokości ................................................................ zł, słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………... co stanowi ............................... euro, słownie: …..………………………………………………………..……………………….

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 otrzymam pomoc de minimis.

**Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem**

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

 *miejscowość, data pieczęć i podpis osoby uprawnionej*

 *do reprezentowania podmiotu*