

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

 (pieczątka firmowa Wnioskodawcy) ( miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**o organizowanie prac interwencyjnych**

złożony w ramach projektu pn.”Aktywizacja osób powyżej 29 r.ż. pozostających bez pracy w powiecie stalowowolskim (IV)” realizowanego w ramach Działania 7.2 RPO WP na lata 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS

Podstawa prawna:

1. Art. 51, 56, 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity, Dz.U.  z 2017r. poz. 1065 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),
3. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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 2013r. 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 24.12.2013r., str. 9) lub właściwe przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury,
4. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.).
5. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
6. Nazwa pracodawcy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej ...............................................................................................................................................................................
7. Adres siedziby ......................................................................................................................................................

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

1. PESEL[[1]](#footnote-1)...........................................adres zamieszkania1.......................................................................................
2. Miejsce prowadzenia działalności ........................................................................................................................
3. ...............................................................................................................................................................................
4. Osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy [[2]](#footnote-2) ……………………………………………………… ..............................................................................................................................................................................
5. Telefon/fax............................................................................................................................................................
6. REGON:.....................................................................NIP:....................................................................................
7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności..................................................................................
8. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ...........................................................................................................................................................
9. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności ....................................................................................................
10. Stopa ubezpieczenia wypadkowego wg deklaracji ZUS DRA (%)......................................................................
11. Forma i stawka opodatkowania............................................................................................................................
12. Termin wypłaty wynagrodzeń pracownikom *(proszę zaznaczyć znakiem x właściwą odpowiedź):*

 do ostatniego dnia miesiąca bieżącego, do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

1. Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę na dzień złożenia wniosku..........................................................

II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIENI SKIEROWANI BEZROBOTNI

* + 1. Liczba osób proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych (ogółem) .......................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nazwa stanowiska | liczba stanowisk pracy | niezbędne lub pożądane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny |
| poziomwykształcenia | doświadczenie zawodowe | uprawnienia | umiejętności | znajomość języków obcych z określeniem poziomu ich znajomości |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Miejsce pracy ........................................................................................................................................................
	2. Rodzaj wykonywanej pracy ........................................................................................................................ ..................................................................................................................................................................................
	3. Proponowane warunki pracy (wymiar czasu pracy, zmianowość, godziny pracy)................................................ ..................................................................................................................................................................................
	4. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto)................................................................................................
	5. Proponowany termin rozpoczęcia prac interwencyjnych .......................................................................................
	6. Wnioskowana wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych [[3]](#footnote-3) .............................................................................................................................
	7. Wnioskowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych3......................................................miesięcy.
	8. Deklarowany okres zatrudnienia po okresie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, wskazanym w pkt 8 wniosku - .………….…… miesięcy, forma zatrudnienia - ………………………………………….

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

 /podpis i pieczątka wnioskodawcy/

**III.OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

Oświadczam, że podmiot który reprezentuję:

1. **zalega** / **nie zalega**[[4]](#footnote-4) z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
2. **jest** / **nie jest**4 objęty postępowaniem upadłościowy lub likwidacyjnym.
3. **prowadzi** / **nie prowadzi**4 działalności gospodarczej - w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej krótki jej opis (charakter świadczonych usług, zasięg prowadzonej działalności, kto jest odbiorcą usług).

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

1. jest beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.)
(proszę zaznaczyć znakiem x właściwą odpowiedź):

 **tak**  **nie**

 .................................................................................  /podpis i pieczątka wnioskodawcy/

**W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 4 cz. III wniosku (oświadczenie wnioskodawcy)
do wniosku należy dołączyć:**

1. Dokument potwierdzający formę prawną jednostki (umowa spółki, odpis z rejestru krs itp.).

2. Zaświadczenia lub oświadczenie o otrzymaniu pomocy de minimis (Wnioskodawcy i jednostek z nim powiązanych).

3. Wypełniony formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**POUCZENIE:**

Zasady organizowania prac interwencyjnych regulują przepisy zawarte w art. 51, 56, 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm) oraz 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 poz. 864).

**Prace interwencyjne** - oznacza to zatrudnienie bezrobotnego przez pracodawcę, które nastąpiło w wyniku umowy zawartej ze Starostą i ma na celu wsparcie bezrobotnych.

**Na prace interwencyjne mogą zostać skierowane osoby bezrobotne, dla których został ustalony II profil pomocy, zgodnie
z art. 33 ust. 2c pkt 2 ww. ustawy, a takie wsparcie jest zgodne z indywidualnym planem działania.**

**Pomoc pracodawcom i przedsiębiorcom w ramach prac interwencyjnych jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis.***

Ww. ustawa przewiduje następujące okresy oraz sposoby refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne za osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Maksymalny okres refundacji | Maksymalna wysokość refundacji za 1 osobę bezrobotną | Częstotliwość refundacji | Wymagany okres zatrudnienia po zakończeniu refundacji**\*** |
| 1. | **do 6 miesięcy**(art. 51 ust. 1) | kwota zasiłku określona w art. 72 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | za każdy miesiąc | **3 miesiące** |
| 2. | **do 6 miesięcy**(art. 51 ust. 2) | do połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia za każdą osobę bezrobotną w przypadku zatrudniania co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy | za każdy miesiąc | **3 miesiące** |
| 3. | **do 12 miesięcy**(art. 51 ust. 3) | kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia | za co drugi miesiąc | **3 miesiące** |
| 4 | **do 12 miesięcy**(art. 56 ust. 1) | kwota zasiłku określona w art. 72 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | za każdy miesiąc | **6 miesięcy** |
| 5. | **do 18 miesięcy**(art. 56 ust. 2) | kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia | za co drugi miesiąc | **6 miesięcy** |
| 6. | **do 24 miesięcy**(art. 59 ust. 1 i ust. 4 pkt 1 i 2)**bezrobotni powyżej 50 roku życia** | * 1. - do 80% minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia (w przypadku osób spełniających warunki do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego),
	2. - do 50% minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia (w przypadku osób, które nie spełniają warunków do uzyskania świadczenia przedemerytalnego).
 | za każdy miesiąc | **6 miesięcy** |
| 7. | **do 4 lat**(art. 59 ust. 2 i ust. 4 pkt 1 i 2)**bezrobotni powyżej 50 roku życia** | * 1. - do 80% minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia (w przypadku osób spełniających warunki do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego),

- do 50% minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia (w przypadku osób, które nie spełniają warunków do uzyskania świadczenia przedemerytalnego). | za co drugi miesiąc | **6 miesięcy** |

**\*Uwaga!**

Niewywiązanie się z warunku zatrudniania skierowanych osób bezrobotnych przez okres objęty refundacją wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez okres odpowiednio 3 lub 6 miesięcy po zakończeniu refundacji powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Starosty.

1. *Należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna, w pozostałych przypadkach należy wpisać „nie dotyczy”* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Uprawnionymi do składania oświadczeń woli w imieniu pracodawcy są osoby ujęte w stosownym dokumencie rejestrowym.
W przypadku reprezentowania podmiotu przez inną osobą, do niniejszego oświadczenia należy dołączyć uwierzytelnioną kserokopię pełnomocnictwa.*  [↑](#footnote-ref-2)
3. *Patrz: pouczenie do wniosku*  [↑](#footnote-ref-3)
4. *Niewłaściwe skreślić* [↑](#footnote-ref-4)