

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

 (pieczątka firmowa Wnioskodawcy) ( miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**o organizowanie prac interwencyjnych**

złożony w ramach projektu pn.**„Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie stalowowolskim (V)"**współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Poddziałanie 1.1.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
	1. Nazwa pracodawcy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej..........................................................

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

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

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

3. PESEL[[1]](#footnote-1)...........................................adres zamieszkania1...................................................................................

4. Miejsce prowadzenia działalności.........................................................................................................................

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

1. Osoby uprawnione do reprezentowania Wnioskodawcy [[2]](#footnote-2) ...................................................................................

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

1. Telefon/fax............................................................................................................................................................
2. REGON:................................................................................................................................................................
3. NIP:.......................................................................................................................................................................
4. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności..................................................................................

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

10. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) .................................................................................................................................................................

11. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności....................................................................................................

12. Stopa ubezpieczenia wypadkowego wg deklaracji ZUS DRA (%)......................................................................

13. Forma i stawka opodatkowania............................................................................................................................

14. Termin wypłaty wynagrodzeń pracownikom *(proszę zaznaczyć znakiem x właściwą odpowiedź):*

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

15. 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

2. Miejsce pracy.........................................................................................................................................................

3. Rodzaj wykonywanej pracy ..............................................................................................................................

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

4. Proponowane warunki pracy (wymiar czasu pracy, zmianowość, godziny pracy)..............................................

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

5. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto).............................................................................................

6. Proponowany termin rozpoczęcia prac interwencyjnych......................................................................................

7. Po zakończeniu prac interwencyjnych, tj.: po upływie 9 miesięcy zatrudnienia (w tym 6 miesięcy refundacji części kosztów zatrudnienia skierowanego bezrobotnego[[3]](#footnote-3)) pracodawca zobowiązuje się do dalszego zatrudnienia …………..skierowanych osób bezrobotnych, przez okres ……………….………….. miesięcy,

 *(liczba osób)*

 forma zatrudnienia …………………………………., wymiar czasu pracy……………………………………

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

/podpis i pieczątka Wnioskodawcy/

**III.OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

***Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam co następuje:***

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 jest4** objęty postępowaniem upadłościowy lub likwidacyjnym.
3. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **był / nie był4** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jest / nie jest4** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
4. **prowadzi / nie prowadzi4** działalności gospodarczej - w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej krótki jej opis (charakter świadczonych usług, zasięg prowadzonej działalności, kto jest odbiorcą usług).

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

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

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

1. jestbeneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 743) *(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 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 690) oraz 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).

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

\*Uwaga!

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

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 osobę, do niniejszego oświadczenia należy dołączyć uwierzytelnioną kserokopię pełnomocnictwa.*  [↑](#footnote-ref-2)
3. *Maksymalna wysokość refundacji za 1 osobę bezrobotną – miesięcznie kwota zasiłku dla bezrobotnych określona w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ,tj.: 1240,80 zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy; maksymalny okres refundacji – 6 miesięcy zatrudnienia, wymagany okres zatrudnienia po zakończeniu refundacji – 3 miesiące.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Niewłaściwe skreślić* [↑](#footnote-ref-4)