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

(pieczątka firmowa Wnioskodawcy) ( miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**o organizowanie prac interwencyjnych**

**dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu**

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 2023r. poz. 735),
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 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 24.12.2013r. str.1) zmienionego Rozporządzeniem Komisji (UE) 2020/972 z dnia 2 lipca 2020 r. (Dz.Urz.UE.L. Nr 215, str. 3).
4. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 743 z późn. zm.)
5. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. (tekst jednolity Dz .U. z 2023r., poz. 702).
6. **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 ZATRUDNIONE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE, POSZUKUJĄCE PRACY NIEPOZOSTAJĄCE W ZATRUDNIENIU

* + 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 powinna posiadać osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu | | | | |
| poziom  wykształcenia | 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. Wnioskowana wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu[[3]](#footnote-3)......................................................

8. Wnioskowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych3.................................................miesięcy.

9. Deklarowany okres zatrudnienia po okresie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, wskazanym w pkt 8 wniosku - .…... miesięcy, 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 2023 r. poz. 702) *(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 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 735) 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 osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu, które nastąpiło w wyniku umowy zawartej ze Starostą.

**Osoba niepełnosprawna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu może korzystać z prac interwencyjnych na zasadach takich jak osoby bezrobotne.**

**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  skierowaną z PUP | 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)