



Powiatowy Urząd Pracy w Strzelcach Opolskich

....., dn.

.....
(pieczęć firmowa zakładu pracy)

WNIOSEK o organizację prac interwencyjnych

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 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 ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864 z późn. zm);
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. 2023 r. poz.702 z późn. zm.) oraz jej przepisów wykonawczych;
- 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 dn. 24.12.2013 r., str.1 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str.3);
- Rozporządzeniu 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 dn. 24.12.2013 r., str. 9 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str.1).

Niniejszy wniosek zawiera szczegółowe informacje dotyczące Wnioskodawcy jak i refundowanego stanowiska pracy. Dane te są niezbędne do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej oraz finansowej i służą Staroście Strzeleckiemu w podjęciu właściwej decyzji. Prosimy zatem o dołożenie wszelkich starań, aby precyzyjnie odpowiedzieć na postawione pytania, gdyż tylko wtedy będziemy mogli prawidłowo ocenić Państwa przedsięwzięcie i pomóc w jego realizacji.

Złożenie wniosku o udzielenie refundacji ze środków Funduszu Pracy nie gwarantuje jej otrzymania, a od negatywnego stanowiska Starosty nie przysługuje odwołanie. Wniosek o organizację prac interwencyjnych podlega rozpatrzeniu, gdy Wnioskodawcałoży **wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony**, a Urząd dysponuje środkami na jego sfinansowanie.

A.DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:

1) Pełna nazwa pracodawcy

.....
.....

2) Adres siedziby pracodawcy:

.....
.....

3) Miejsce prowadzenia działalności / miejsce wykonywania pracy przez skierowanych bezrobotnych:

.....
.....

4) Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisywania umowy w imieniu pracodawcy:

.....
.....

5) Nazwisko i imię osoby upoważnionej do kontaktów z PUP:
Tel., e-mail:.....

6) Numer REGON:

7) Numer NIP:.....

8) Numer PKD:

- 9) Nazwa banku i numer konta bankowego:
- 10) Rodzaj prowadzonej działalności:
- 11) Data rozpoczęcia działalności :
- 12) Forma organizacyjno – prawna pracodawcy:
(należy zaznaczyć kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy znakiem X)

Wyszczególnienie	kod	*
przedsiębiorstwo państwowe	1.A	
jednoosobowa spółka Skarbu Państwa	1.B	
jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej	1.C	
spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów	1.D	
przedsiębiorca nie należący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D	2	

- 13) Stan zatrudnienia* w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku kształtował się następująco:

I.p.	Wyszczególnienie	Liczba osób ubezpieczonych	Liczba właścicieli (czł. zarządu)	Liczba pracowników młodocianych (uczniów)	Liczba osób zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych np. umowa zlecenie, o dzieło	Liczba pracowników (zatrudnionych na umowę o pracę, bez pracowników młodocianych)	Liczba prac. w przeliczeniu na pełny etat (bez prac. młodocianych)	Identyfikator deklaracji DRA*
	Dzień złożenia wniosku							
1.	Miesiąc: r							
2.	Miesiąc: r							
3.	Miesiąc: r							
4.	Miesiąc: r							
5.	Miesiąc: r							
6.	Miesiąc: r							

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać liczbę osób, z którymi rozwiązano umowę o pracę oraz przyczyny rozwiązania stosunku pracy:

.....

.....

.....

.....

.....

***W załączeniu deklaracje DRA z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku**

B. DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z TUT. URZĘDEM:

Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich trzech lat), jeżeli tak to proszę podać:

Forma	Nr umowy	Liczba miejsc pracy	Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy		Przyczyny zwolnień pracowników
			Czas nieokreślony	Czas określony	
Prace interwencyjne					
Staż					
Szkolenia pod gwarancję zatrudnienia lub KFS					
Ref. kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska					
Dofinansowanie wygradzenia za pracowników po 50 r. ż					
Inne (jakie?)					

C. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH:

- 1) Przedstawiając informacje o firmie wnioskujemy o skierowanie osoby/osób bezrobotnej/nych w celu zatrudnienia **w ramach prac interwencyjnych** oraz przyznania refundacji:
☐ **na okres do 6 miesięcy** (refundacja co miesiąc; zgodnie z art. 51 ust. 1) **
od dnia i zobowiązujemy się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji oraz do zatrudniania po wymaganym wyżej okresie przez co najmniej 1 miesiąc.
☐ zgodnie z art. 51 ust. 2 lub 3/ art. 56/ art. 59**
- 2) Nazwa stanowiska
- 3) Rodzaj wykonywanej pracy / Zakres obowiązków:
- 4) Rodzaj umowy o pracę (*umowa na czas określony / nieokreślony*).....
- 5) Wymiar czasu pracy(*pełny etat / pół etatu*).....
- 6) Zmianowość:
- 7) Niezbędne lub pożądane kwalifikacje.....
 - a) Poziom wykształcenia
 - b) Kierunek wykształcenia
 - c) Dodatkowe wymogi
- 8) Proponowane wynagrodzenie dla osoby bezrobotnej:
- 9) Termin wypłaty wynagrodzenia
☐ ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
☐ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni
- 10) Wnioskowana wysokość refundacji:.....
- 11) Imię i nazwisko proponowanej osoby do zatrudnienia

** Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy tekst jednolity (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zalegam / nie zalegam*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych
2. **Jestem / nie jestem*** przedsiębiorcą.**
3. **Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi:**
4. Wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

UWAGA:

Wnioski niezawierające pełnej informacji i bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane!

Załączniki:

- 1) Dokument poświadczający formę prawną istnienia firmy (aktualny wyciąg z KRS lub aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej). Jeżeli przedsiębiorca funkcjonuje w formie spółki cywilnej należy dołączyć umowę spółki.

Refundacja kosztów poniesionych na wynagrodzenie, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne dokonywana w ramach prac interwencyjnych stanowi pomoc de minimis.

Pracodawca będący przedsiębiorcą, który prowadzi działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie przepisy ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, składa dodatkowo:

- 1) Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (załącznik nr 1 lub 2).
- 2) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. 2010 r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.) (załącznik nr 3)
- 3) Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną w Ukrainie (załącznik nr 4).

*** Niepotrzebne skreślić

DECYZJA STAROSTY STRZELECKIEGO

- 1) Wyrażam zgodę na organizację prac interwencyjnych oraz przyznaję refundację:

liczba osób:

w okresie od..... do

Przyznaję refundację wynagrodzenia miesięcznego w kwociezł
wraz z należnymi od tego wynagrodzenia składkami na ubezpieczenie społeczne.

- 2) Nie wyrażam zgody na organizację prac interwencyjnych z uwagi na:

.....

.....

Strzelce Opolskie., dnia

.....
/ Podpis Starosty/