POWIATOWY URZĄD PRACY W ŚWIDNIKU
Centrum Aktywizacji Zawodowej
Aleja Lotników Polskich 1
21-045 Świdnik
tel. 81 461 35 02, fax 81 461 35 98

Adnotacje POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:
Wpisano do rejestru wniosków pod nr:
DRP - RIP - 5912 - /2024

WNIOSEK
O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

Podstawa prawna:
1. art. 51, art. 59 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 roku w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 30.06.2014 roku, poz. 864).

A. DANE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa pracodawcy …….....
2. Adres siedziby ……..…
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. Adres korespondencyjny ……..
5. Adres zamieszkania Pracodawcy lub Przedsiębiorcy w przypadku osoby fizycznej……
   ……...
6. REGON.....
7. NIP.....
6. Numer telefonu.....
7. e-mail …….
8. PKD 2007 ……
9. Pełna nazwa banku.....
10. Nr konta:

11. Dane osoby do kontaktu z Urzędem Pracy:

    imię i nazwisko……..
    stanowisko służbowe ……
    telefon kontaktowy……

12. Dane osób **prawnie reprezentujących podmiot** ubiegający się o refundację:

    imię i nazwisko……..……..……
    nazwa stanowiska służbowego……..……
    telefon kontaktowy……

13. Stopa ubezpieczenia wypadkowego zgodnie z deklaracją ZUS P DRA ……..……..

14. Forma organizacyjno-prawna:

a. spółka akcyjna;
b. spółka z o.o;
c. spółka akcyjna albo spółka z o.o., w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorz. teryt., przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosob. spółka Skarbu Państwa są podmiotami dominującymi, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów;
d. przedsiębiorca prywatny, w tym wspólnik spółki cywilnej, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą;
e. inna (proszę podać jaka)…….....

15. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (właściwe zakreślić X):

a. do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
b. do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia	**Opis stanowiska pracy**	**Niezbędne lub pożądane kwalifikacje**	**Warunki pracy**
1.	nazwa stanowiska pracy:	poziom i rodzaj wykształcenia:	Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto:
	kod zawodu zgodny z klasyfikacją KZiS:	Dodatkowe wymagania (uprawnienia, umiejętności i inne):	1. ilość zmian: 2. wymiar czasu pracy**:**
	doświadczenie zawodowe (staż pracy):	rodzaj prac jakie będą wykonywane:	Miejsce świadczenia pracy przez skierowanego bezrobotnego:

1. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia: ..... + ZUS

3. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez bezrobotnego .....

4. Wnioskowany okres refundacji (zaznaczyć odpowiednie):

a) □ do **6 miesięcy** w pełnym wymiarze czasu pracy.

Pracodawca zobowiązany będzie do zatrudnienia osoby bezrobotnej w **pełnym wymiarze czasu pracy** przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji;

b) □ do **6 miesięcy** w połowie wymiaru czasu pracy

Pracodawca zobowiązany będzie do zatrudnienia osoby bezrobotnej **w co najmniej połowie** wymiaru czasu pracy przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji

c) □ do **24 miesięcy:** …….(liczba miesięcy) w pełnym wymiarze czasu pracy (tylko osoby powyżej 50 roku życia)

Pracodawca zobowiązany będzie do zatrudnienia osoby bezrobotnej **w pełnym** wymiarze czasu pracy przez okres **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji

5. Deklaruję, że po upływie wymaganego okresu zatrudnienia wynikającego z pkt. 4, zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia osoby/osób bezrobotnych skierowanych przez Urząd przez okres co najmniej **1** miesiąca

TAK/NIE*

C. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(am) się z treścią Zasad organizacji prac interwencyjnych (dostępnego na stronie internetowej) **TAK / NIE ***
2. posiadam wymagalne zaległości w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych oraz innych danin publicznych, których obowiązek uiszczania wynika z przepisów prawnych); **TAK / NIE***
3. posiadam wymagalne zaległości w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; **TAK / NIE ***
4. zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; **TAK / NIE ***
5. posiadam nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne; **TAK / NIE ***
6. byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024r., poz.17 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz.U. z 2023r., poz.659 z późn.zm.); **TAK / NIE ***
7. jestem beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 702) tj. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną; **TAK / NIE ***
8. zapoznałem/am się z Informacją dotycząca przetwarzania danych osobowych dla podmiotów (kontrahentów) korzystających z usług oraz innych form pomocy znajdującą się na stronie urzędu pracy pod adresem https://swidnik.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych/ **TAK / NIE ***
9. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;

Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem.

…….. ……
/miejscowość, data/ /podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy/

*** właściwe zaznaczyć**

D. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH:

1. Dotyczy spółek cywilnych – kopia umowy spółki (potwierdzona za zgodność z oryginałem).
2. Załącznik Nr 1 – Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy

Dokumenty dotyczące wyłącznie beneficjentów pomocy publicznej

3. Załącznik Nr 2 – Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy dot. pomocy publicznej
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **lub**,
5. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

Uwaga: Kopie przekładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy.

POUCZENIE:

W PRZYPADKU, GDY WNIOSEK JEST NIEPRAWIDŁOWO WYPEŁNIONY LUB NIEKOMPLETNY, STAROSTA WYZNACZA WNIOSKODAWCY CO NAJMNIEJ 7-DNIOWY TERMIN NA JEGO UZUPEŁNIENIE.