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 - 5921 - /2024

WNIOSEK
O ORGANIZACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH

Podstawa prawna:
1. art. 57 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 ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH

1. Nazwa organizatora…….....
2. Adres siedziby ……
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. REGON.....5. NIP.....
6. Numer telefonu..... 7. E-mail …….
8. PKD 2007 ……
9. Forma organizacyjno-prawna ……..…….....

B. DANE PRACODAWCY DANE PRACODAWCY WSKAZANEGO PRZEZ ORGANIZATORA (wypełnia Pracodawca) [1]

1. Nazwa pracodawcy…….....
2. Adres siedziby ……
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. REGON.....5. NIP.....
6. Numer telefonu..... 7. E-mail …….
8. PKD 2007 ……
9. Forma organizacyjno-prawna ……..…….....
10. Pełna nazwa banku.....
11. Nr konta:

12. Dane osoby do kontaktu z Urzędem Pracy:

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

[1] Punkty od 5 do 23 wypełnić w sytuacji, gdy roboty publiczne nie będą wykonywane u Organizatora, gdyż zgodnie z § 3 ust. 1 Rozporządzenia z dnia 24 czerwca 2014 roku w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 30.06.2014 roku,, poz. 864) Organizator może wskazać Pracodawcę, u którego będą wykonywane roboty publiczne.

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

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH ROBÓT PUBLICZNYCH

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

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: …….....
2. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia:..... + ZUS
3. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez bezrobotnego ….....
4. Wnioskowany okres refundacji (zaznaczyć odpowiednie):

   b) □ do **6 miesięcy:** …….(liczba miesięcy) w pełnym wymiarze czasu pracy

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

   a) □ do **6 miesięcy**: ……..(liczba miesięcy) w połowie wymiaru czasu pracy (tylko dłużnicy alimentacyjni)

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

5. Roboty publiczne będą finansowane lub dofinansowane ze środków (właściwe zaznaczyć):

   □ samorządu terytorialnego □ budżetu państwa □ funduszy celowych

   □ organizacji pozarządowych □ spółek wodnych i ich związków

6. Dane osób **uprawnionych do reprezentowania Organizatora lub wskazanego przez niego Pracodawcy**:

   imię i nazwisko……..……

   nazwa stanowiska służbowego……..……

   telefon kontaktowy……

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

   ☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,

   ☐ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,

Przyjmuję do wiadomości, że jeśli nie zostanie zawarta umowa w ciągu 60 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia wniosku w związku z brakiem odpowiednich kandydatów wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania Pracodawcy.

…….. ……

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

D. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU O ORGANIZACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH:

1. Załącznik Nr 1 – Oświadczenie Organizatora/Pracodawcy
2. Załącznik Nr 2 – Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy

Dokumenty dotyczące wyłącznie beneficjentów pomocy publicznej

3. Załącznik Nr 3 - Oświadczenie Pracodawcy 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. WNIOSEK NEUZUPEŁNIONY WE WSKAZANYM TERMINIE POZOSTAWIA SIĘ BEZ ROZPATRZENIA,