.............................................. ............................................... (pieczęć organizatora) (data)

**Starosta Moniecki**

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

**WNIOSEK**

o organizację robót publicznych

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu 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 2014r., poz. 864).

|  |
| --- |
| **1. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH** |
| Nazwa organizatora/ pracodawcy |  |
| ADRES SIEDZIBY ORGANIZATORA  |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat  |  | województwo |  |
| nr telefonu |  | nr faksu |  |
| **CZY ROBOTY BĘDĄ ORGANIZOWANE PRZEZ ORGANIZATORA?** jeżeli nie prosimy podać dane pracodawcy który jest wyznaczony do ich organizacji (JST): |  |
| Nazwa pracodawcy |  |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat |  | województwo |  |
| nr telefonu |  | nr faksu |  |
| DANE PRACODAWCY |
| forma prawna |  |
| rodzaj działalności |  |
| data rozpoczęcia działalności |  | PKD |  |
| nazwa banku i numer konta |  |
| nr telefonu/e-mail |  | stawka ubezp. wypadkowego (%) |  |
| nr telefonu |  | nr faksu |  |
| e-mail |  | strona www |  |
| NIP |  | REGON |  |
| imię i nazwisko oraz stanowisko/a osoby/osób reprezentującej/ych pracodawcę przy podpisywaniu umowy (zgodnie z dokumentami rejestracyjnymi)  |
|  |
| imię i nazwisko osoby do kontaktu w sprawie wniosku |  | telefon |  |

|  |
| --- |
| **2. LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW W PRZELICZENIU NA PEŁEN ETAT W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY (STAN NA KONIEC KAŻDEGO MIESIĄCA) (dotyczy pracodawcy)** |
| m-c / rok |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba etatów |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| W sytuacji zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy proszę podać przyczyny tego spadku:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **3. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH ROBÓT PUBLICZNYCH** |
| Liczba miejsc  |  |
| Nazwa stanowiska |  |
| Okres organizacji robót publicznych |  |
| Miejsce wykonywania robót |  |
| Poziom wykształcenia |  |
| Rodzaj prac jakie będą wykonywane |  |
| Minimalne kwalifikacje / umiejętności |  |
| Proponowana wysokość wynagrodzenia |  |
| Długość dalszego zatrudnienia po zakończeniu robót publicznych (minimum 3 miesiące) |  |

**Oświadczam, że:**

1. **Zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom
oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
2. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem/nie zostałem**\* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy lub postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust 5 f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).
3. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych, przysługujące zatrudnionym pracownikom.
4. **Jestem/Nie jestem\*** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
5. Zobowiązuję się zawrzeć umowę w sprawie organizacji robót publicznych zawierającą zapis o obowiązku zatrudnienia osoby/osób po zakończeniu robót, na okres co najmniej 3 miesięcy.

**\*właściwe podkreślić**

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku, załącznikach do Wniosku
oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą.**

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

 (miejscowość i data) (podpis organizatora/wnioskodawcy)

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

 (miejscowość i data) (podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**Załączniki dot. pracodawców wskazanych przez organizatora, beneficjentów pomocy:**

1. Oświadczenie pracodawcy o otrzymanej pomocy de minimis wraz z kserokopiami zaświadczeń lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis w ciągu ostatnich 3 lat podatkowych.
2. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

|  |
| --- |
| **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach**Zatwierdzam do realizacji / nie zatwierdzamUwagi: ……………………………………………..…………….….. …………………………………………………………….. (podpis Dyrektora) |