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

**Starosta Moniecki**

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

**WNIOSEK**

o organizację prac interwencyjnych

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 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 PRAC INTERWENCYJNYCH** |
| Nazwa organizatora/ pracodawcy |  |
| ADRES SIEDZIBY ORGANIZATORA  |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat  |  | województwo |  |
| ADRES MIEJSCA ORGANIZACJI PRAC INTERWENCYJNYCH (jeżeli jest inny niż siedziby) |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat |  | województwo |  |
| nr telefonu |  | nr faksu |  |
| DANE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH |
| forma prawna |  |
| rodzaj działalności |  |
| data rozpoczęcia działalności |  | PKD |  |
| nazwa banku i numer konta |  |
| stawka ubezp. wypadkowego (%) |  | NIP |  |
| nr telefonu |  | REGON |  |
| e-mail |  | nr faksu |  |
| imię i nazwisko oraz stanowisko/a osoby/osób reprezentującej/ych organizatora 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)****Do liczby pracowników nie należy wliczać:** właściciela firmy**,** młodocianych, zatrudnionych w ramach umowy o dzieło. |
| 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 PRAC INTERWENCYJNYCH** |
| Liczba miejsc  |  |
| Nazwa stanowiska |  |
| Okres organizacji prac interwencyjnych **(minimum 10 miesięcy)** |  |
| Poziom wykształcenia |  |
| Rodzaj prac jakie będą wykonywane |  |
| Minimalne kwalifikacje / umiejętności |  |
| Proponowana wysokość wynagrodzenia |  |
| Proszę określić możliwość dalszego zatrudnienia po zakończeniu prac interwencyjnych |  |

**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. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku\*:
* nie otrzymałem(am) pomocy de minimis
* otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości ……..………………… euro i dołączam kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku.

W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, należy również uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Data udzielenia pomocy | Nr umowy | Nazwa instytucji udzielającej pomocy | Kwota w euronetto/brutto | Cel przeznaczenia pomocy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| OGÓŁEM: |  |  |

**\*właściwe podkreślić**

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

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

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

Podmioty będące beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej załączają dodatkowo **formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de mini mis oraz zaświadczenia o udzielonej pomocy.**

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