

.....
(nazwa lub pieczęć Pracodawcy)

....., dnia
(miejscowość)

STAROSTA KOSZALIŃSKI
za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Koszalinie

W N I O S E K

o skierowanie.....osób bezrobotnych do wykonywania prac interwencyjnych przez okres miesięcy

na zasadach określonych w art. 51, art. 56 lub art. 59 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. Poz. 1482 z późn. zm.) oraz rozporządzenia 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 2014 r. poz. 864).

W odniesieniu do beneficjenta pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018r., poz. 362 z późn.zm.) zastosowanie mają: rozporządzenie Komisji (UE)nr 1407/2013 z 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z 18 grudnia 2013r. 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 24.12.2013, str. 9) lub właściwe przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

I. INFORMACJA O PRACODAWCY

- 1.Nazwa zakładu pracy
- 2.Adres siedziby
- 3.Miejsce prowadzenia działalności
- 4.Telefon.....e-mail
- 5.Forma organizacyjno – prawna
- 6.Data rozpoczęcia działalności gospodarczej
- 7.REGON.....PKDNIP
8. Numer rachunku bankowego
- 9.Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe w %.....
10. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (oprócz właściciela):
- 11.Osoba odpowiedzialna za kontakt ze strony Pracodawcy:
.....tel.
- 12.Dane osób reprezentujących Pracodawcę uprawnionych do podpisania umowy:
.....

II. INFORMACJA O PLANOWANYCH PRACACH INTERWENCYJNYCH:

1. Rodzaj wykonywanych prac interwencyjnych oraz wymagania stawiane kandydatom:

Stanowisko	Liczba osób	Wymagane wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe	Proponowany okres zatrudnienia	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje	Rodzaj (zakres) wykonywanej pracy

UWAGA ! Powiatowy Urząd Pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli Pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.

2. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych:.....

.....

3. Proponowany wymiar czasu pracy:.....

4. System czasu pracy: podstawowy, równoważny (przedłużony do.....godzin), inny*
(jaki?.....).

5. Zmianowość.....

Praca w godzinach :

I zmiana od godz..... do godz..... II zmiana od godz..... do godz.....

III zmiana od godz..... do godz.....

Uwagi:.....

.....

6. Proponowane wynagrodzenie (brutto):.....

7. Wnioskowana miesięczna wysokość refundacji:

8. System wynagradzania : miesięczny, godzinowy, premiowy, akordowy, prowizyjny, inny*

9. Rodzaj umowy o pracę: na czas nieokreślony, na czas określony*

III OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Oświadczam, że:

1. dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
2. w dniu złożenia wniosku **nie zalegam** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych,
3. spełniam warunki określone w *rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014, poz 864)* – treść dostępna na stronie :
<http://koszalin.praca.gov.pl/dla-pracodawcow-i-przedsiębiorców/wsparcie-tworzenia-miejsc-pracy/prace-interwencyjne>
4. nie został wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust.3 pkt 1i 4 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019r. poz.869 z późn. zm.)*,
5. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem(am) / nie zostałem(am)*** ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem / nie jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
6. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
7. **posiadam/nie posiadam*** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych,
8. zapoznałem/am się z treścią obowiązujących przepisów wyszczególnionych na 1 stronie niniejszego wniosku i z informacjami dotyczącymi udzielania pracodawcom prac interwencyjnych dostępnymi na stronie www.koszalin.praca.gov.pl oraz w siedzibie Urzędu,
9. zobowiązuję się po upływie okresu refundacji do utrzymania w zatrudnieniu stosownie do zawartej umowy skierowanych/skierowanego bezrobotnych/bezrobotnego odpowiednio przez okres minimum 3 lub 6 miesięcy,
10. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że Urząd będzie realizował ofertę pracy na bazie osób bezrobotnych figurujących w ewidencji PUP Koszalin zgodnie z wymaganiami określonymi we wniosku, a w przypadku realizacji prac interwencyjnych w ramach programów/projektów rynku pracy mogą zaistnieć dodatkowe wymogi w stosunku do kierowanych osób bezrobotnych,
11. wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy; przysługuje mi prawo wglądu i poprawiania moich danych osobowych zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* ,
12. **jestem beneficjentem pomocy** (podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania) w rozumieniu *ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018r., poz. 362 z późn. zm.)* **TAK / NIE***
w przypadku zaznaczenia negatywnej odpowiedzi wnioskodawcy nie dotyczy punkt 13 niniejszego oświadczenia,
13. spełniam wszystkie przesłanki do udzielenia pomocy de minimis określone w *rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L352 z 24.12.2013, str.1)*, *rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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 24.12.2013, str. 9)* lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury, a w szczególności:

kwota udzielonej pomocy de minimis, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat podatkowych nie przekroczy pułapu pomocy de minimis, pomocy de minimis w: sektorze transportu drogowego towarów, sektorze rolnym i sektorze rybołówstwa i akwakultury; nie prowadzi działalności związanej z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich,

14. W roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

- Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki* stanowiących pomoc de minimis w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
- Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki* stanowiących pomoc de minimis w sektorze rolnym w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
- Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki* stanowiących pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
- Nie otrzymałem/am* / Otrzymałem/am* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis we wnioskowanym zakresie w wysokości.....zł, co stanowi równowartość.....euro.

Na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP www.sudop.uokik.gov.pl, która zawiera informacje odnośnie wielkości pomocy de minimis jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej.

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU

- Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

POUCZENIE:

1. Podanie we wniosku nieprawdziwych danych może skutkować odpowiedzialnością karną.
2. Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.
3. W przypadku nieprawidłowo wypełnionego lub niekompletnego wniosku Urząd wyznaczy wnioskodawcy co najmniej 7 – dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
4. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku dane w nim zawarte będą stanowiły podstawę zawarcia i realizacji umowy, a niniejszy wniosek będzie stanowił integralną część umowy.
5. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

Informujemy, że zgodnie z art.59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r. poz.1482 ze zmianami) wykazy pracodawców i osób, z którymi zawarto umowy w przypadkach, o których mowa w art. 46 ust. 1 pkt 1 – 1d i 4, ust. 1a, art. 47 ust. 1, art. 51 ust. 1-4, art. 53 ust. 1, art. 53a ust. 1, art. 56, art. 57 ust. 1, 2 i 4 i art. 59 ust. 1 i 2 ustawy, są podawane do wiadomości publicznej przez powiatowy urząd pracy przez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu na okres 30 dni.

.....
(podpis Pracodawcy lub osoby
upoważnionej**)

* niepotrzebne skreślić

** wniosek winien być podpisany przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli Wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem.

WYPEŁNIA PUP

1. Wniosek spełnia/nie spełnia wymogi/gów formalne/nych.
2. Pracodawca jest/nie jest beneficjentem pomocy de minimis.
3. Pracodawca spełnia/nie spełnia warunki/ków do udzielania pomocy de minimis.

Uwagi:

.....
(podpis pracownika)