**Załącznik nr 1 do Zasad organizacji prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie**

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Międzychodzie**

…………………………………………… …………………………………………… /pieczęć firmowa pracodawcy/ /data wpływu wniosku do urzędu/

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2018 poz. 1265 ze zm.), ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 362 ze. zm.), 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 ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014 r., poz. 864), rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9), Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. 2010 r. Nr 53, poz. 311, z późn. zm.) oraz Zasad organizacji prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie Załącznik Nr 6 do Zarządzenia Nr 15/2016 z dnia 01 lipca 2016 r. Dyrektora PUP w Międzychodzie.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Międzychodzie.
2. Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy jest Pani Agnieszka Krupa-Sokołowska,
*e-mail* iod@miedzychod.praca.gov.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla celów wynikających z Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy 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 oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000 z późn. zm.).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt. 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych
w pkt. 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia
27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania,
a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji złożonego przez Pana/Panią wniosku*.*

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwy pracodawcy: …………………………………………………………………...………………..……
2. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………………………………...

Miejsce prowadzenia działalności: …………………………………………………………………………………

1. Nr telefonu: ………………………………………, e-mail: …………………………………………………………
2. Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy:

………………………………………………………………………………………………………………………….

1. NIP: …………………………………..REGON: …………………………………. KRS: …………………………
2. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………………………………………………..
3. Rodzaj prowadzonej działalności…………………………………………………………………………………...

 */symbol podklasy prowadzenia działalności określony zgodnie z PKD/*

1. Forma organizacyjno-prawna: ……………………………………………………………………………………...

/przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, cywilna, z o.o., działalność indywidualna itp./

1. Forma opodatkowania: ………………………………………...……………………………………………………

*/pełna księgowość, księga przychodów i rozchodów, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, karta podatkowa, itp./*

1. Stawka opodatkowania w %: ……………………………………………………………………………………….
2. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ……………………………………………………...
3. Nazwa banku: ………………………………………………………………………………………………………..

Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………………………………

1. Stan zatrudnienia (umowy o pracę, umowy cywilno-prawne) …………………………………………………..
2. Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (tylko umowy o pracę): ………………………………………………………………………………………………………………
3. Wypłata wynagrodzenia u pracodawcy następuje:

❒ w miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie (do ostatniego dnia miesiąca rozliczeniowego)

❒ w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie (do 10-go dnia kolejnego

 miesiąca po miesiącu rozliczeniowym)

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: …………………………………………………………
2. Imię i nazwisko osoby bezrobotnej: ………………………………………………………………………………..

Czy pracodawca jest spokrewniony z osobą bezrobotną: ❒ TAK ❒ NIE

Jeśli tak podać stopień pokrewieństwa ……………………………………………………………………………

 */małżonek, rodzic, rodzeństwo oraz dziecko własne lub przysposobione/*

1. Nazwa zawodu: ………………………………………………………………………………………………………

*/nazwa zawodu i specjalności winna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności, rozporządzenie MPiPS z dnia 07.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowanie (t. j. Dz. U. 2018 r., poz. 227 ze zm.)*

1. Pożądane kwalifikacje zawodowe i inne wymogi wobec bezrobotnego:
* wykształcenie: …………………………………………………………………………………………………….
* uprawnienia: ………………………………………………………………………………………………………
* umiejętności: ……………………………………………………………………………………………………...
* inne: ………………………………………………………………………………………………………………..
1. Miejsce świadczenia pracy (adres): ……………………………………………………………………………….
2. Rodzaj wykonywanej pracy: ………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Wymiar czasu pracy: ………………………………………………………………………………………………..
2. Proponowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:

od dnia …………………………………....……………. do dnia ………..……..………………………………….

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto: ……………………………………………..
2. Wnioskowana wysokość miesięcznej refundacji z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:

…………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA:**

Refundacja wynagrodzenia w ramach prac interwencyjnych jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

**Oświadczam, że:**

**❒ prowadzę ❒ nie prowadzę**

**działalność/-ci gospodarczą/-ej zgodnie z art. 2 pkt. 17 ustawy z dnia 30 kwietna 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2018 r.,
poz. 362 ze zm.)**

**i**

**❒ jestem ❒ nie jestem**

**beneficjentem pomocy publicznej (zgodnie z art. 2 pkt. 16 ww. ustawy).**

………………………………………… ……………………………………………….

 /data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 1078 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.)
* Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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 dnia 24.12.2013 r.)

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami organizacji prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie (Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 3/2019 z dnia 14 stycznia 2019 r. Dyrektora PUP w Międzychodzie).**

………………………………………… ……………………………………………….

 /data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

Do wniosku należy dołączyć:

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (Załącznik Nr 1)
2. W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem), o których mowa w art. 37 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 362 ze zm.),
3. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. 2010 r., Nr 53, poz. 311 ze zm.),
4. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów (np. KRS)
5. W przypadku gdy Wnioskodawcą jest spółka cywilna należy dołączyć kserokopię umowy spółki.

**WNIOSKODAWCA OŚWIADCZA, ŻE:**

(właściwe zaznaczyć)

* **❒ rozwiązał ❒ nie rozwiązał**

stosunek pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* **❒ zmniejszał ❒ nie zmniejszał**

wymiar/u czasu pracy pracownikowi/pracownikom w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* **nie zmniejszy wymiaru czasu pracy pracownika, nie rozwiąże stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia lub na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników – w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,**
* **❒ zalega ❒ nie zalega**

w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

* **❒ zalega ❒ nie zalega**

w dniu złożenia wniosku z opłaceniem w terminie innych danin publicznych (np. podatki, opłaty lokalne),

* **❒ posiada ❒ nie posiada**

w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

* **❒ był ❒ nie był**

karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 – Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 703 ze zm.),

* **❒ został ❒ nie został**

ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku,

* **❒ jest ❒ nie**

jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,

* **zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzymam pomoc publiczną.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach Wnioskodawca potwierdza własnoręcznym podpisem. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 8”.**

…………………………………… ………………………………………………

 /data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

 **Załącznik Nr 1**

**OŚwiadczenie**

**o otrzymanej pomocy *de minimis***

## *(dotyczy beneficjenta pomocy publicznej)*

**Świadomy odpowiedzialności karnej** wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnegoprzewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam**, że w okresie roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych przed dniem wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy:

❒ otrzymałem ❒ nie otrzymałem pomoc/pomocy *de minimis,* ❒ w tym pomoc/pomocy *de minimis* w rolnictwie i rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość pomocy *de minimis*:** |  |

 …………….....................................................

 */*data, podpis i pieczątka imienna pracodawcy/