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

/pieczęć firmowa pracodawcy/ /miejscowość idata/

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**w Ełku**

**WNIOSEK nr …..**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w **art. 51** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 735)

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY :**
2. Nazwa pracodawcy .................. ..............................................................................................................

Adres siedziby..........................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności............................................................................................................

Nr telefonu(ów)

tel. tel. kom. fax

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby prawnie reprezentującej podmiot ubiegający się o refundację (zgodnie z wpisem do CEIDG lub KRS):

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

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

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

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

Dane osoby odpowiedzialnej za kontakty z urzędem:

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

1. NIP , REGON , PKD
2. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS.............................................................
3. nazwa banku i numer konta …………………………………………………………………………….
4. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności……………………………………………...
5. Rodzaj prowadzonej działalności.............................................................................................................

..............................................................................data rozpoczęcia................................................................

7. Forma opodatkowania ……………………………………………………………………………………

8. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe wynosi **,**%

9. Wielkość przedsiębiorcy (w rozumieniu art. 2 załącznika I do Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/22014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne rynkiem wewnętrznym
w zastosowani art. 107 i 108 Traktatu - Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.) \*

**mikroprzedsiębiorstwo - /**przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR/

**małe przedsiębiorstwo** - /przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR/

**średnie przedsiębiorstwo -** /przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionówEUR/

**inne przedsiębiorstwo**

\*właściwe zakreślić X

10. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełne etaty ………………………………….

11. Czy zakład pracy korzystał z prac interwencyjnych, jeśli tak to w jaki sposób wywiązał się z umów

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

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

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

/nr umowy, z dnia, ilość osób refundowanych, ilość osób zatrudnionych po okresie refundacji/

**Niniejszym oświadczam, że jestem/nie jestem beneficjentem pomocy publicznej\***w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz.U. z 2021 r. poz. 743).

***\* Beneficjentem pomocy- jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą,*** *w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.*

***Działalnością gospodarczą*** *jest zarówno działalność produkcyjna, dystrybucyjna jak i usługowa, nawet jeżeli nie jest ona nastawiona na osiąganie zysku (Ustawa z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej), tj. jeżeli podmiot rzeczywiście prowadzi działalność gospodarczą, a pomoc ze środków publicznych zostanie udzielona na ten zakres działalności podmiotu wówczas stanowi ona pomoc de minimis.*

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

/data/ /podpis, pieczęć/

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH**

1.Wyrażam gotowość i wnioskuję o zorganizowanie prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy dla .......... osoby(-ób) bezrobotnej(-ych) zarejestrowanej(-ych) w Urzędzie i zobowiązuję się utrzymać w zatrudnieniu skierowaną(-e) osobę(-y) bezrobotną(-e) przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

2. Okres trwania prac interwencyjnych:

 /1 – 6 miesięcy/ (refundacja co miesiąc) od...................................do..................................

3.Miejsce świadczenia pracy............................................................................................................

4. Stanowisko Rodzaj prac Niezbędne lub pożądane kwalifikacje

/poziom i kierunek wykształcenia, staż pracy, umiejętności/

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

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

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

Kandydat(-ci) - podać w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada swojego(-ich) kandydata(-ów):

Imię Nazwisko Miejsce zamieszkania

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

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

5. Zmianowość / godziny pracy................................................................................................................

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych......................................

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

7. Wysokość proponowanej refundacji z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych \*

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

*\*(max. 1300,00 zł wynagrodzenia + ZUS od tej kwoty tj. emeryt. 9,76% + rent.6,5% + wypadkowa - refundacja co miesiąc przez okres do 6 miesięcy)*

**OŚWIADCZAM ŻE :**

● nie toczy się wobec mnie postępowanie upadłościowe ani likwidacyjne oraz nie został złożony, a także nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego;

● nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji (WE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;

● nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i zobowiązań podatkowych wobec Urzędu Skarbowego;

● nie zostałem w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie naruszenia praw pracowniczych (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 735);

● znam i spełniam warunki, o których mowa w 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 2014 r. poz. 864);

● jestem świadomy faktu, że udzielona refundacja będzie stanowić pomoc de minimis spełniającą warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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), rozporządzeniu Komisji (UE) 2019/316 z dnia 21 lutego 2019r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1408/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu

Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 51 l z 22.02.2019, str. 1) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury,

● skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony;

● spełniam warunki zawarte w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 743).

● wypełniłem obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 13 i 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych wobec osób, których dane osobowe przekazuję w niniejszym wniosku.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

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

/data/ /podpis, pieczęć/

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 735).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. 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).

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

1. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz.U. z 2021 r. poz. 743).
2. Rozporządzenie 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 L 352
z 24.12.2013r.) lub
3. Rozporządzenie Komisji (UE) 2019/316 z dnia 21 lutego 2019r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1408/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 51 l z 22.02.2019, str. 1) lub
4. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014r.).

**Załączniki**

**Pracodawca lub przedsiębiorca:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543);
2. Oświadczenie lub kserokopia zaświadczenia o otrzymaniu pomocy de minimis w roku w którym podmiot ubiega się o wsparcie oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych.

**Wnioskodawca ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r. nr 121 poz. 810).
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inna niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

**Uwaga!**

**W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, urząd wyznacza co najmniej 7 dniowy termin jego uzupełnienia.**

**Wniosek nieuzupełniony w terminie wyznaczonym przez urząd pozostawia się bez rozpatrzenia.**

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Powiatowy Urząd Pracy w Ełku przetwarza podane dane osobowe w celu dokonania prawidłowej oceny wniosku, udzielenia pomocy i zawarcia umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych, zgodnie z obowiązkiem prawnym nałożonym na Urząd przepisami wskazanymi wyżej w sekcji podstawa prawna. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. W celu zapewnienia stałego dostępu do danych osobowych, ich skutecznego, bezbłędnego i bezpiecznego przetwarzania, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych dane będą udostępniane dostawcom wykorzystywanych przez nas systemów informatycznych z zachowaniem poufności i bezpieczeństwa przetwarzania.W związku z przetwarzaniem właścicielom danych przysługuje: prawo dostępu do danych osobowych,prawo żądania sprostowania danych osobowych,prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych.W celu skorzystania z powyższych praw prosimy kontaktować się z Urzędem na adres jego siedziby, mailowo na adres iod@pup.elk.pl lub na adres skrzynki podawczej. Właścicielom danych przysługuje również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się w sprawach związanych przetwarzaniem danych osobowych pisemnie na adres Urzędu lub poprzez pocztę email na adres: iod@pup.elk.pl. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych znajdują się na stronie http://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych

…………………………………… .......................................................... /miejscowość i data/ /Pieczęć firmowa Wnioskodawcy i podpis/

…………………………………….

/Pieczęć firmowa Wnioskodawcy/

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

 /miejscowość i data/

OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORCY O OTRZYMANIU POMOCY
DE MINIMIS

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

* **w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych otrzymał / nie otrzymał \* pomoc de minimis w następującej wielkości:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna****otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

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

/data, pieczątka i czytelny podpis wnioskodawcy/

****

****







