**Załącznik Nr 1 do Zasad**

**organizacji prac interwencyjnych**

Kolbuszowa, dnia …………….…………

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

(pieczęć Wnioskodawcy)

**STAROSTA KOLBUSZOWSKI**

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W KOLBUSZOWEJ**

**WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

(wniosku nie należy modyfikować ani usuwać poszczególnych pozycji w nim zawartych)

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.),
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702),
3. Rozporządzenie 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),
4. Rozporządzenie 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. U. UE. L. z 2013 r. Nr 352, str. 1 z późn.zm.),
5. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w odniesieniu do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. U. UE. L. z 2013 r. Nr 352, str. 9 z późn.zm.),
6. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 190, str. 45 z późn. zm.).

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy:

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

1. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:

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

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

1. Adres korespondencyjny:

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

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

1. Numer telefonu: …………………….……… e-mail ..………………………………………
2. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: (dział. gosp., spółka, samorząd, oświata itp.)

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

1. REGON ............................................................ NIP ….................................................
2. PKD 2007 ………………………….…………………………………..……..……………….
3. Nazwa banku i Nr rachunku bankowego........................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Stopa procentowa składki na **ubezpieczenie wypadkowe** …….................................
2. Wielkość przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy publicznej (należy wpisać) ...........................................................................................................................

**mikroprzedsiębiorstwo –** to przedsiębiorstwo, którew co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP **\*\***mniej niż 10 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 mln euro.

**małe przedsiębiorstwo** – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP **\*\*** mniej niż 50 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 mln euro.

**średnie przedsiębiorstwo** – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP **\*\***mniej niż 250 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 mln euro.

**duże przedsiębiorstwo** – przedsiębiorstwo nie spełniające warunków określonych powyżej**.**

1. Rodzaj prowadzonej działalności..................................................................................

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

1. Forma opodatkowania (odpowiednie zaznaczyć):

księga przychodów i rozchodów

pełna księgowość

karta podatkowa

ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

1. Wypłata wynagrodzenia u Wnioskodawcy następuje (odpowiednie zaznaczyć):

|  |  |
| --- | --- |
|  | w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie (do 30-go dnia bieżącego miesiąca) |
|  | w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługiwało wynagrodzenie (do 10‑go lub 15-go dnia miesiąca następnego) |

1. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku z tytułu prowadzonej działalności**.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **miesiąc, rok** | **Liczba zatrudnionych pracowników na ostatni dzień m-ca na podstawie umowy o pracę** | **Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie** | **Liczba osób zatrudnionych na umowę o dzieło** |
| **Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** |
| 1. |  |  |  |  |
|  |
| 2. |  |  |  |  |
|  |
| 3. |  |  |  |  |
|  |

Wg stanu na dzień ………………………….….. liczba zatrudnionych pracowników

/data złożenia wniosku/

ogółem wynosi ……..… osób, w przeliczeniu na pełnym wymiar czasu pracy wynosi ……..… osób.

Wg stanu na dzień ………………………….….. liczba zatrudnionych pracowników na

/data złożenia wniosku/

podstawie umowy zlecenie wynosi ……..… osób, umowy o dzieło wynosi ……..… osób.

W okresie 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku został zmniejszony wymiar czasu pracy z następującą liczbą pracowników …………… .

**UWAGA!**

*Przy wypełnianiu tabeli nie uwzględnia się :*

* *osób wykonujących pracę nakładczą,*
* *uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o praktyczną naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,*
* *osób przebywających na urlopach macierzyńskich, tacierzyńskich, wychowawczych oraz bezpłatnych,*
* *osób bezrobotnych skierowanych przez urząd do odbycia stażu i przygotowania zawodowego.*

***\*Do okresu prowadzenia działalności nie zalicza się przerw spowodowanych zawieszeniem w prowadzeniu działalności***

**Oświadczam, że dokumenty potwierdzające powyższy stan znajdują się w moim posiadaniu i zostaną dostarczone na każde wezwanie Urzędu.**

**II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIONE OSOBY W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH:**

1. Liczba bezrobotnychproponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: …….……..

Wymiar czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych: …………………….

Praca przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) wykonywana będzie na:

1. Jedną zmianę w godzinach od …………… do ……………

**sobota:** od …………… do ……………

1. Dwie zmiany, w godzinach:

* I zmiana od …………… do ………………
* II zmiana od …………… do ………………

**sobota:** od …………… do ……………..

1. Trzy zmiany, w godzinach:

* I zmiana od …………… do ………………
* II zmiana od …………… do ………………
* III zmiany od …………… do ………………

**sobota:** od …………… do ……………..

1. Ruch ciągły: ….…………………………………………………………………....………
2. **praca w niedzielę i święta**: TAK / NIE\*
3. **praca w porze nocnej:** TAK / NIE\*
4. **praca w delegacji:** TAK / NIE\*
5. Tworzone miejsce(a) pracy będzie(ą) w zawodzie(ach):
6. ……………………………………………………………………………………..……………..

(podać nazwę oraz kod zawodu zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów)

1. …………………………………………………………………………………………..……….

(podać nazwę oraz kod zawodu zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów)

1. Miejsce i rodzaj zadań wykonywanych przez skierowane osoby, z podziałem na stanowiska pracy (tabele należy obowiązkowo uzupełnić):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Liczba miejsc** | **Miejsce pracy (Adres)** | **Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy (krótki opis)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

1. Pożądane kwalifikacje oraz inne wymagania niezbędne do pracy jakie powinny spełniać osoby skierowane przez Urząd (tabele należy obowiązkowo uzupełnić):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Kwalifikacje i wymagania na stanowisku** |
| 1. |  | * poziom wykształcenia/kierunek: …………………………   …………………………………….…………………………   * doświadczenie zawodowe: ………………………………   ………………………………………………………………  uprawnienia: ………………………………………………..   * umiejętności: ………………………………………………. * inne: ………………………………………………………… |
| 2. |  | * poziom wykształcenia/kierunek: .………………………   ………………………………………………………………   * doświadczenie zawodowe: …………………………..……   ……………………………………………..…………………   * uprawnienia: ……………………………………………….. * umiejętności: …………………………………………..…… * inne: ………………………………………….…………… |

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych według stanowiska pracy:

* ...………………………………………………………………………………………………

(wymienić stanowisko i kwotę wynagrodzenia brutto w skali m- ca)

* ...………………………………………………………………………………………………

(wymienić stanowisko i kwotę wynagrodzenia brutto w skali m- ca)

1. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenie(a) z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) w skali miesiąca od jednego zatrudnionego:

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

1. Proponowana data zatrudnienia osób bezrobotnych skierowanych do pracy

w ramach prac interwencyjnych:

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

***(nie wcześniej jednak niż po upływie 7 dni od daty zwrotu skierowania przez osobę bezrobotną)***

1. Okres refundacji: (nie więcej niż 6 miesięcy) od …………………..… do ……………..……..
2. Proponowany okres zatrudnienia po okresie refundacji (co najmniej 3 miesiące): od …………………….………… do …………………….…………
3. Osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do kontaktu z Urzędem w sprawach związanych z wnioskiem:

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

(imię i nazwisko, stanowisko) (telefon)

............................................ .............................................................. /Osoba prowadząca dokumentację księgową /Wnioskodawca: pieczątka i podpis/

lub Biuro Rachunkowe do kontaktu - **dane wymagane**/

Kolbuszowa, dnia ……………………..…………….

**III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

**Część A:**

1. **Prowadzę / nie prowadzę\*** działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702).
2. **Spełniam / nie 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.
3. **Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
4. **Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie danin publicznych**\*\*\***.
5. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **nie zostałem / zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, ani **nie jestem / jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
6. Skierowane osoby otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.
7. **Zobowiązuję** się do niezwłocznego poinformowania w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych w niniejszym wniosku, mających wpływ

na realizację zawartej na jego podstawie ewentualnej umowy.

1. **Zapoznałem się / nie zapoznałem się\*** z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych umieszczoną na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej kolbuszowa.praca.gov.pl w zakładce „Dokumenty do pobrania – prace interwencyjne” (oświadczenie składa wnioskodawca będący osobą fizyczną).

**Część B: (wypełniają wnioskodawcy prowadzący działalność gospodarczą)**

1. **Spełniam / nie spełniam***\** warunki/ów rozporządzenia 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. U. UE. L. z 2013r. Nr 352, str. 1 z późn. zm.).
2. **Spełniam / nie spełniam***\** warunki/ów 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. U. UE. L. z 2013 r. Nr 352, str. 9 z późn. zm.).
3. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki/ów rozporządzenia 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. U. UE. L. z 2014 r. Nr 190, str. 45 z późn. zm.).

**Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Kolbuszowa, dnia ……………………..……………. ………...........................................

/Wnioskodawca: pieczątka i podpis/

**IV. ADNOTACJA PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO:**

|  |
| --- |
| Wniosek został zweryfikowany i  **jest zgodny /  nie jest zgodny** z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz regulacjami wewnętrznymi.  **Kwalifikuję/  nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**  …………………………………………….……….  /data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/  Uwagi:  ………………………………………………………………………………………………………. |

**V. OPINIA DORADCY KLIENTA:**

|  |
| --- |
| W bazie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej  **znajdują/  nie znajdują** się osoby spełniające kryteria Wnioskodawcy do skierowania na stanowisko pracy utworzone w ramach prac interwencyjnych.  **Kwalifikuję/  nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**  …………………………………………….……….  /data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/  Uwagi:  ……………………………………………………………………………………………………… |

**VI. STANOWISKO DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

|  |
| --- |
| **Wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody** na zawarcie umowy o organizację prac interwencyjnych dla ………….…….. osób/y/ z refundacją przez okres …………….. miesięcy.  ………………….…………………………  /data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP/ |

***Do wniosku należy dołączyć:***

1. Dokumenty poświadczające podstawę i formę prawną istnienia zakładu:

* **Kserokopia Umowy lub Aktu Notarialnego Spółki (w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki**), kserokopia statutu, koncesji lub pozwolenia na prowadzenie działalności w przypadku, gdy przepis prawa wymaga ich posiadania do prowadzenia działalności.

1. Podmiot **będący beneficjentem** pomocy publicznej dodatkowo dołącza:

* Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej lub nie otrzymanej pomocy de minimis – Załącznik Nr 1.
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 40) - Załącznik Nr 2.
* Formularz informacji przedstawianych przez Wnioskodawcę w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (t.j. Dz. U. z 2010 r., Nr 121, poz. 810) – Załącznik nr 3.

1. Podmiot **nie będący beneficjentem** pomocy publicznej (jednostki samorządu terytorialnego lub inne instytucje) dołącza:

* kserokopię dokumentu potwierdzającego utworzenie jednostki np. akt założycielski, statut, uchwała o utworzeniu wraz z regulaminem itp.

***Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.***

**UWAGA!**

*Wniosek wraz z kompletem dokumentów, prawidłowo uzupełniony, zostanie rozpatrzony* ***w terminie 30 dni od dnia jego złożenia,*** *o czym wnioskodawca zostanie poinformowany odrębnym pismem.*

*W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, wnioskodawcy wyznaczony zostanie 7 dniowy termin na jego uzupełnienie. Termin rozpatrzenia wniosku w przypadku braku któregoś z załączników liczony będzie od dnia uzupełnienia.*

*Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie, pozostawia się bez rozpatrzenia.*

*W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zawierana jest umowa określająca wzajemne warunki współpracy.*

***\* niepotrzebne skreślić***

***\*\**** *Roczne Jednostki Pracy (RJP) niezbędne do ustalenia statusu MŚP, należy obliczać zgodnie z zapisami artykułu 5 „Liczba personelu”* ***Załącznik I Rozporządzenia Komisji UE nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r****.* *Liczba personelu odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP.*

*W skład personelu wchodzą:*

1. *pracownicy,*
2. *osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego,*
3. *właściciele-kierownicy,*

*d)partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.*

*Praktykanci lub studenci odbywający szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym nie wchodzą w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.*

**\*\*\****Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy o finansach publicznych do danin publicznych zalicza się: podatki, składki, opłaty, wpłaty z zysku przedsiębiorstw państwowych i jednoosobowych spółek Skarbu Państwa oraz banków państwowych, a także inne świadczenia pieniężne, których obowiązek ponoszenia na rzecz państwa, jednostek samorządu terytorialnego, państwowych funduszy celowych oraz innych jednostek sektora finansów publicznych wynika z odrębnych ustaw.*