

Lubin, dnia....................................

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

/pieczątka firmowa/

*Nr wniosku ...............................* ***Do Dyrektora***

*Nr oferty .................................* ***Powiatowego Urzędu Pracy***

*Nr umowy .................................* ***w Lubinie***

**W N I O S E K**

**o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w trybie art. 51, 51a 56, 59 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2024.475 ).**

* zatrudnienie na okres 10 miesięcy z refundacją do 6 m-cy;
* zatrudnienie na okres 16 miesięcy z refundacją do 12 m-cy, refundacja za co drugi miesiąc;
* zatrudnienie opiekuna osoby niepełnosprawnej na okres 10 miesięcy z refundacją do 6 m-cy;
* zatrudnienie na okres 19 miesięcy z refundacją do 12 m-cy, dotyczy zatrudnienia osób bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy;
* zatrudnienie na okres 25 miesięcy z refundacją do 18-tu miesięcy, dotyczy zatrudnienia osób bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy, refundacja   
  za co drugi miesiąc;
* zatrudnienie na okres do 31 miesięcy z refundacją do 24 m-cy dla osób spełniających art. 49 pkt 3 dot. osób powyżej 50 roku życia.

***Informacje dotyczące zakładu pracy:***

Pełna nazwa wnioskodawcy

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

Adres siedziby firmy …...............................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej …....................................................................

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

REGON ….................................................. NIP …....................................................................

Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności …........................................................

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

Rodzaj przeważającej działalności …....................................... PKD …....................................

Wysokość składki wypadkowej …………%.

Obecnie zatrudniam/y ……… osób.

Termin realizacji wypłaty wynagrodzeń pracowniczych:\*

- w danym miesiącu

- do……………..następnego miesiąca.

Nazwa i numer rachunku bankowego …....................................................................................

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

Imię i nazwisko dyrektora / właściciela …...................................................................................

Imię i nazwisko osoby umocowanej do zawierania umów cywilno – prawnych

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

Imię i nazwisko osoby odpowiadającej za finanse w firmie

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

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem, numer telefonu

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

***Dane dotyczące organizowanego miejsca zatrudnienia bezrobotnych:***

Proszę o rozważenie możliwości skierowania do naszego zakładu pracy (podać liczbę).................. bezrobotnego/bezrobotnych zarejestrowanego/zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubinie do wykonywania prac interwencyjnych na okres ........... miesięcy   
tj. od ................................... do .................................. . Osoba/y bezrobotna/e będzie/będą zatrudnione w pełnym wymiarze czasu pracy / ½ pełnego wymiaru czasu pracy\*.

Bezrobotna/bezrobotne osoba/y zatrudniona/e będzie/będą na stanowisku/ach:

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

Miejsce pracy będzie znajdowało się (pełny adres): …..............................................................

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

Praca będzie polegała na (opis wykonywanych czynności) …..................................................

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

Kierowani przez urząd bezrobotni winni posiadać ( kierowane będą tylko osoby ze wskazanymi kwalifikacjami) :

* Wykształcenie .....................................................................................................
* Zawód wyuczony lub wykonywany: ....................................................................
* Dodatkowe umiejętności…..................................................................................

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

* Staż pracy na wskazanym we wniosku stanowisku.............................................

Osoby bezrobotne spełniające w/w wymagania powinny zgłaszać się (należy podać faktyczne miejsce kontaktu bezrobotnego z pracodawcą): …...................................................

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

* Czas pracy – system pracy (proszę zaznaczyć właściwe pole)

□ jednozmianowy □ dwuzmianowy □ praca w ruchu ciągłym

I zm. od ……… do……… II zm. od ……… do……… III zm. od ……… do ………..

zatrudnienie wymaga pracy w : □ niedzielę □ święta □ w porze nocnej

Proponowane wynagrodzenie brutto …....….......................... zł/m-c określone zostało   
na zasadach obowiązujących pracowników stałych zatrudnionych w zakładzie na takich samych lub podobnych stanowiskach pracy ( składka ZUS w wysokości ................. zł.   
w rozbiciu na: skł. emerytalną .........% rentową ..........% skł. wypadkową ..........%).

W związku z powyższym proponuję stawkę refundacji w wysokości ............................. zł. miesięcznie za każdą zatrudnioną osobę bezrobotną, przez wnioskowany okres refundacji.

***Oświadczenia i deklaracje:***

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 Kodeksu karnego) oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, że:

1. dane wskazane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą;

2. nie zalegam z opłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz FGŚP,

3. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych (podatki, opłaty lokalne),

4. nie posiadam żadnych nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

1. prowadzę działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,

6. w okresie 3 lat poprzedzających otrzymanie pomocy nie uzyskałem/am pomocy de minimis, która kumuluje się z powyższą pomocą co powoduje przekroczenie maksymalnej intensywności pomocy.

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

/czytelny podpis wnioskodawcy/

**Obowiązujące załączniki:**

* oświadczenie o nie zaleganiu z opłatą składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP, FGŚP,
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis udzielaną na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji Europejskiej (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 Nr 352 z 24.12.2013r.)
* W przypadku nie otrzymania pomocy oświadczenie pracodawcy.\*\*

**WAŻNE:**

**wnioski nie uzupełnione i niekompletne nie będą rozpatrywane na posiedzeniu komisji /powinny być wypełnione wszystkie rubryki oraz dołączone wymagane załączniki/.**

\*niepotrzebne skreślić;

\*\* dotyczy tylko podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej

**Sprawdzono pod względem merytorycznym:**

* wnioskodawca podlega/nie podlega\* przepisom o pomocy de minimis.
* Pomoc nie zachodzi w zakazanym obszarze (PKD 05.10Z).

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

/data i podpis pracownika merytorycznego/

**Opinia pracownika urzędu dot. dotychczasowej współpracy wnioskodawcy z PUP**

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

……………………………………….

/data i podpis/

***Opinia Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lubinie:***

Pozytywnie:

* umowa na okres ….......... miesięcy, (w tym refundacja PUP ………. m-cy oraz dalsze zatrudnienie na koszt pracodawcy ………….. m-ce/cy)
* dla ............... osób bezrobotnych
* wymiar czasu pracy € pełny etat € ½ etatu

Negatywnie:

Uzasadnienie: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

/ data i podpis/