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

/miejscowość i data/

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

/pieczęć firmowa pracodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Hajnówce**

**W N I O S E K**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy(Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późn. zm.)oraz rozporządzeniu 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), dla osób **bezrobotnych.**

**WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE!**

**WNIOSEK NIEUZUPEŁNIONY I NIEKOMPLETNY NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY!**

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

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

Telefon.....................................................e-mail ..................................................................

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

1. NIP.....................................................................,

REGON..............................................................

1. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy zgodnie z wpisem do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS:

……………………………………. ……………..………….………

/Nazwisko i Imię/ /stanowisko/

……………………………………. ………………………………..

/Nazwisko i Imię/ /stanowisko/

1. Nazwa banku i numer konta ..................................................................................................

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

1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe na dzień składania wniosku: ..............................%.
2. Rodzaj prowadzonej działalności: ..........................................................................................

PKD .................................................... data rozpoczęcia działalności .......................................

1. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ................................................
2. Oznaczenie formy organizacyjno – prawnej prowadzonej działalności\*:

osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą,

spółka cywilna,

spółka jawna,

spółka z o.o.,

spółdzielnia,

inna: …………………………………………………………………………………………………

/np. jednostka samorządu terytorialnego, jednostka państwowa, i inne/

**\* właściwe zaznaczyć**

1. Forma i stawka opodatkowania\*:

zasady ogólne ……..…. %,

księga przychodów i rozchodów ……..…. %,

pełna księgowość …..……. %,

karta podatkowa,

ryczałt od przychodów ewidencjonowanych ……..…. %

inna: …………………….…………….. .

**\* właściwe zaznaczyć oraz wpisać wysokość procentową podatku**

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH MIEJSC PRAC INTERWENCYJNYCH:**
2. Proponowane zatrudnienie bezrobotnych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba osób bezrobotnych planowanych do zatrudnienia** | **Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych** | **Okres zatrudnienia po pracach interwencyjnych**  **(minimum 6 m-cy)\*** | **Zawód\*\* Stanowisko** | **Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi** |
|  |  |  |  |  |

**\*Pracodawca jest obowiązany, stosowanie do zawartej umowy, do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres 3 m-cy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne (art. 51 ust. 6 w/w ustawy) oraz przez okres kolejnych 3 m-cy w ramach efektywności zatrudnieniowej.**

**Niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w ust. 6, lub naruszenie innych warunków umowy powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty (art. 51 ust. 7 ustawy w/w).**

**\*\* kod i nazwa zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności**

1. Miejsce i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez bezrobotnych, godziny pracy:

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

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego dla skierowanych bezrobotnych - kwota brutto …………………..…zł/miesiąc.\*

**\* kwota wynagrodzenia w umowie o pracę nie może być niższa, niż kwota wskazana we wniosku**

1. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia miesięcznego za każdą skierowaną osobę bezrobotną zatrudnioną w ramach prac interwencyjnych ……………………....…. zł.
2. Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby, z którą należy się kontaktować w  sprawie prac interwencyjnych …………………………………………………………………..
3. **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:**

**Oświadczam, że:**

1. nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe ani likwidacyjne i nie został zgłoszony wniosek o upadłość ani likwidację;
2. skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nie określony;
3. **nie zalegam/zalegam**\* w opłacaniu wynagrodzeń pracownikom;
4. **nie posiadam/posiadam**\* zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych;
5. **nie posiadam/posiadam**\* zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
6. **nie jestem/jestem\* beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.);

**\*** niepotrzebne skreślić

Punkty 7 i 8 wypełniają **beneficjenci pomocy publicznej**

1. wielkość pomocy de minimis otrzymanej przez nas w ciągu minionych trzech lat wynosi:

……………………………………. euro;

1. wielkość pomocy publicznej otrzymanej przez nas w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis wynosi: ………………………….. i jest przeznaczona na: ………………………………………………………………………………………………… .

**Prawdziwość informacji zawartych w niniejszym wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem, pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia *6 czerwca 1997-Kodeks Karny.***

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO).

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** ...........................................r. | .........................................................................  **/podpis i pieczęć imienna pracodawcy lub osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli/** |

**Załączniki:**

1. Wypełniony druk zgłoszenia krajowej oferty pracy.
2. Podmioty nie posiadające wpisu do ewidencji działalności gospodarczej bądź do KRS przedkładają:

- dokumenty potwierdzające istnienie takiego podmiotu, tj. kserokopię potwierdzoną za zgodność oryginałem np.: uchwały rady gminy w sprawie uchwalenia statutu gminy, aktu założycielskiego szkoły lub pierwszych stron statutu szkoły itp.),

- kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem dokumentu wskazującego osobę upoważnioną do reprezentacji podmioty.

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis – Dz. U. Nr 53, poz. 311**\***.

**\*** dotyczy **beneficjentów pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

**Komisja rozpatrująca wnioski – Dyrektor PUP w Hajnówce**

**- wyraża/nie wyraża** zgodę/y na zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych ............................ bezrobotnych na okres ............... miesięcy.

**…………………………….……………..**

**/ podpis Dyrektora PUP /**

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

|  |  |
| --- | --- |
| OFERTA OTWARTA / ZAMKNIĘTA\* | |
| **I. Dane dotyczące pracodawcy.** | | | | | | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy:   ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… | | | | 1. Agencja zatrudnienia\*:   TAK NIE | | | | |
| 1. Oferta pracy tymczasowej\*:   TAK NIE | | | | |
| 1. Adres:   ulica …………………………………………………………...  kod pocztowy, miejscowość ……………………………..………………………………………….. | | | | 1. Imię i nazwisko pracodawcy lub jego pracownika wskazanego przez pracodawcę do kontaktów:   …………………………………………………………………  numer telefonu, faksu …..…………………………………………  adres e-mail ……………………………………………………  adres strony internetowej ……………………………………… | | | | |
| 1. Forma prawna: …………………………………………………….… 2. Numer NIP …………………………………………………………. 3. Numer REGON …………………………………………………….. 4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD …………………………. | | | | 1. Data rozpoczęcia działalności: …………………………… 2. Liczba zatrudnionych pracowników ……………………… | | | | |
| 1. Preferowana forma kontaktów z pracodawcą: ………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | |
| 1. W okresie 365 dni przed zgłoszeniem niniejszej oferty pracy zostałem / nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jestem / nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie\*: | | | | | | | | |
| **II. Dane dotyczące zgłoszonego miejsca pracy** | | | | | | | | |
| 1. Nazwa zawodu:   …………………………………………………….. | | 1. Nazwa stanowiska:   …………………………………………………………  ……………………………… | | | 1. Liczba wolnych miejsc pracy ;   stażu / przygotowania zawodowego dorosłych,    - w tym dla osób niepełnosprawnych | |  | |  |
|  |  |
|  | |
|  |  |  |
| 1. Rodzaj umowy:   ……………………………  …………………………… | | |  | |  |
| 1. Kod zawodu według klasyfikacji zawodów i specjalności  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | | | 1. System i rozkład czasu pracy ( od – do):     1) praca jednozmianowa ……………………………  2) dwie zmiany ……………………………  3) trzy zmiany ……………………………  4) inne …………………………… | | | |
| 1. Ogólny zakres obowiązków:   …..……………………………………………….  …………………………………………………...  21. Miejsce wykonywania pracy: | | 22.System wynagrodzenia (akordowy prowizyjny,  czasowy itp.)  ……………………………  …………………………… | | |
| ………………………………………………….. | | 23.Wymiar czasu pracy:  ………………………………………………………………. | | | |
| 24. Wysokość proponowanego  wynagrodzenia brutto  …………………………………………………. | | 25. Data rozpoczęcia pracy:  ……...................................... | | | 26. Okres zatrudnienia::  ……………………………………………………………….. | | | |
| **III. Dane dotyczące oczekiwań pracodawcy wobec kandydatów** | | | | | | | | |
| 1) poziom wykształcenia ............................................................................................................................................  2) umiejętności / uprawnienia ……………………………………………………………………………………..  3) doświadczenie zawodowe ……………………………………………………………………………………….  4) znajomość języków obcych (poziom znajomości) ……………………………………………………………….  5) inne ……………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | |  | |
| 27. Zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG\* TAK NIE  *W przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę dodatkowo wypełnić część VI* | | | | | | | | |  | |
| **IV. Dane dotyczące postępowania z ofertą pracy** | | | | | | | | |  | |
| 28. Czy pracodawca zgłosił tę samą ofertę pracy w innym powiatowym urzędzie pracy\*:  TAK NIE | | | 30. Forma upowszechnienia oferty:  1) zawierająca dane umożliwiające identyfikację  pracodawcy   1. nie zawierająca danych umożliwiających   identyfikację pracodawcy | | | | | |
| 29. Zasięg upowszechniania oferty:  a) wybrany urząd pracy, jaki ………………………………………………………………………..  b) Polska  c) państwa UE/EOG  d) inne | | |
| \**ZAMKNIĘTA- oferta jest upowszechniana bez podania danych identyfikacyjnych pracodawcę, może być udostępniona w pełnym zakresie wyłącznie tym bezrobotnym lub poszukującym pracy, którzy spełniają wymagania określone w ofercie i których powiatowy urząd pracy skieruje do pracy u pracodawcy.*  *OTWARTA – oferta jest upowszechniana w formie, która zawiera dane umożliwiające identyfikację pracodawcy, dane pracodawcy są podawane do wiadomości publicznej.*  **Wyrażam zgodę na publiczne udostępnianie danych umożliwiających identyfikację:**    **………………………………………………………………**  (podpis i pieczątka) | | | | | | | | |
| **V. Prawa i obowiązki związane ze zgłoszeniem oferty pracy** | | | | | | | | |
| Powiatowy urząd pracy nie może przyjąć oferty pracy, o ile pracodawca:  1) zawarł w zgłoszeniu krajowej oferty 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) w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.  3) zgłosił te ofertę pracy do innego powiatowego urzędu pracy. | | | | | | | | |
| W przypadku braku w zgłoszeniu krajowej oferty pracy danych wymaganych, pracodawca będzie zobowiązany uzupełnić zgłoszenie. Nieuzupełnienie zgłoszenia w terminie do 7 dni od dnia powiadomienia, spowoduje, że oferta pracy nie będzie przyjmowana do realizacji przez powiatowy urząd pracy. | | | | | | | | |
| Upowszechniając krajową ofertę pracy urząd pracy podaje do wiadomości publicznej co najmniej:  - dane dotyczące zgłaszanego miejsca pracy  - oczekiwań pracodawcy wobec kandydatów  - okres aktualności  - wymagań dotyczących ofert pracy dla obywateli EOG (jeśli jest to oferta dla obywateli EOG) | | | | | | | | |
| **VI. Informacje dodatkowe w przypadku zgłoszenia oferty pracy dla obywatela UE/EOG** | | | | | | | | |
| 31. Znajomość języka polskiego (poziom)\*:  *nie wymagany średniozaawansowany*  *komunikatywny zaawansowany* | | | | 32. Możliwość zapewnienia pracownikom zakwaterowania lub wyżywienia\*:  *Zakwaterowanie* TAK NIE  *Wyżywienie*  TAK NIE | | | | |
| 33. Możliwość sfinansowania lub dofinansowania kosztów podróży lub przeprowadzki ponoszonych przez pracownika\*  TAK NIE | | | | 34. Miejsce wykonywania pracy: ……………………………………………………………………  *Jeżeli miejsce pracy jest inne niż siedziba firmy- podać przyczynę takiej sytuacji:* …………………………………………………………………… | | | | |
| 35. Wymagania dotyczące języka, w jakim kandydaci z państw UE/EOG powinni składać dokumenty aplikacyjne: ……………………………………………………………………………. | | | | 36. Miejsce składania dokumentów aplikacyjnych :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| 37. Państwa UE/EOG, w których oferta pracy ma zostać dodatkowo upowszechniona:  ……………………………………………………………………………… | | | | 38. Inne informacje niezbędne ze względu na charakter wykonywanej pracy:  …………………………………………………………………… | | | | |
| **VII. Adnotacje urzędu pracy** | | | | | | | | |
| 39. Numer pracodawcy | 40. Data przyjęcia zgłoszenia | | | 41. Numer zgłoszenia | | |  | | --- | |  |   45. Sposób przyjęcia oferty: 1) osobiście  2) faks  3) e-mail 4) inna forma  ………………………. | | |
|  |  | | |  | |
| 42. Częstotliwość kontaktu z pracodawcą | 43. Pracownik realizujący  zgłoszenie : | | | 44. Data wycofania lub zrealizowania oferty: | |
| Okres aktualności oferty:  od …………….. do……………… |  | | |

**\* *niepotrzebne skreślić***