Nr ewidencyjny 6100/...../2008

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Kłodzko, dnia ..... 2008r.

.....

.....
(nazwa banku i nr konta)

**Dyrektor**
**Powiatowego Urzędu Pracy**
**w Kłodzku**

# WNIOSEK
# O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

na zasadach określonych w ustawie z 20 kwietnia o2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69 poz. 415 ze zm.) oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 19 kwietnia 2007r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2007 Nr 76, poz. 510 )

I. Proszę o skierowanie ..... bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kłodzku do wykonywania prac interwencyjnych na okres ..... miesięcy.
   Planowany termin rozpoczęcia prac od ..... .

II. Skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy bezrobotni zostaną zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy tj. 8 godzin na następujących stanowiskach:

| *Lp.* | *Stanowisko* | *Ilość osób* | *Pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi* | *Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto* | *Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia* |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

III.**Dane dotyczące organizacji subsydiowanego miejsca zatrudnienia:**

1. Miejsce zatrudnienia: …....…….
   .....
   ….....

2. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

.....

.....

3. Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą na tworzenie nowych miejsc pracy ponoszone w okresie 24 miesięcy przez pracodawcę (koszty płac nowych pracowników):

wynagrodzenie brutto .....

opłacane od wynagrodzeń obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne .....

suma kosztów.....

4. Jako pracodawca zobowiązuję się do utrzymania stanowisk pracy przez minimalny okres:

– 36 miesięcy (duży przedsiębiorca)

– 24 miesięcy (mały i średni przedsiębiorca)

IV. **Dane dotyczące Pracodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy, adres siedziby

.....

.....

2. Miejsce prowadzenia działalności, nr telefonu

.....

.....

REGON ....., PKD ....., NIP .....

Forma prawna prowadzonej działalności .....

Pracodawca prowadzi działalność gospodarczą w zakresie:

.....

3. Stopa % ubezpieczenia wypadkowego .....

4. Forma opodatkowania ....., oraz stawka % .....

5. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej .....

6. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników ..... /w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy / w tym umowy na czas nieokreślony ..... osób

7. Oświadczam, że stan zatrudnienia ogółem w ostatnich 12 miesiącach przed złożeniem wniosku przedstawiał się następująco:

- m-c ..... m-c .....
- m-c ..... m-c .....
- m-c ..... m-c .....
- m-c ..... m-c .....
- m-c ..... m-c .....
- m-c ..... m-c .....

Liczbę zatrudnionych w poszczególnych miesiącach należy podać w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zgodnie z deklaracjami DRA przedłożonymi do ZUS-u.

Średnia zatrudnienia z ostatnich 12 miesięcy .....

8. Oświadczam, że zatrudnienie osób w ramach złożonego wniosku nie spowoduje zwolnień pracowników już zatrudnionych.
9. Oświadczam, że zakład nie jest /jest w stanie likwidacji lub upadłości*
10. Oświadczam, że udział własny w kosztach zatrudnienia wynosi co najmniej 25%.
    *Za udział własny należy rozumieć środki, które nie zostały uzyskane przez pracodawcę w związku z otrzymaną wcześniej pomocą publiczną w szczególności w formie kredytów preferencyjnych, dopłat do oprocentowania kredytów, gwarancji lub poręczeń udzielonych na warunkach korzystniejszych niż oferowane na rynku.*
11. Oświadczam, że korzystam/nie korzystam z innej pomocy lub wsparcia ze środków Wspólnoty Europejskiej.*
12. Oświadczam, że ubiegam się / nie ubiegam się o pomoc publiczną na tworzenie nowych miejsc pracy lub rekrutację pracowników znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji, określonej w rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 2204/2002 z dnia 05 grudnia 2002r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 TWE w odniesieniu do pomocy państwa w zakresie zatrudnienia i spełniam warunki odnoszące się do dopuszczalności udzielania pomocy publicznej oraz warunki rozporządzenia dotyczące sposobu i trybu organizowania prac interwencyjnych.
13. Oświadczam, że jednostka prowadzi / nie prowadzi działalność statutową, a środki finansowe pochodzące z dodatkowej działalności są przeznaczone wyłącznie na działalność statutową. Ponadto przyznane środki Funduszu Pracy przeznaczone będą na działalność jednostki nie związaną z uzyskiwaniem dochodu z tytułu prowadzenia działalności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 listopada 1999r. Prawo działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 101, poz. 1178 z późn. zmianami)*
14. Pracodawca oświadcza, że prace interwencyjne będą organizowane w taki sposób, że innym podmiotom gospodarczym realizującym takie same zadania, jak wykonywane przez skierowanych bezrobotnych, nie zagrożą postawieniem w stan likwidacji lub upadłości.

* właściwe zaznaczyć

V. Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 271 K.K. oświadczam, że wszystkie udzielone powyżej informacje są zgodne z prawdą

Pracodawca oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883 ze zm.).

..... .....

/pieczątka i podpis pracodawcy/ /pieczątka i podpis Gł. Księgowego/

Do wniosku należy dołączyć:

1. Uwierzytelnioną kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności bądź Odpis Aktualny z Krajowego Rejestru Sądowego lub inne potwierdzające formę prawną prowadzonej działalności; wystawione nie później niż w okresie 3 miesięcy od dnia składania wniosku /
2. Kserokopie nadania numeru NIP oraz REGON
3. Zaświadczenie z ZUS-u o nie zaleganiu opłaceniu składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy. /wystawione na 3 miesiące przed złożeniem wniosku/
4. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu z opłatami podatkowymi /wystawione na 3 miesiące przed złożeniem wniosku/
5. Informację o otrzymanej pomocy publicznej innej niż pomoc de minimis.
6. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy (druk wewnętrzny)

**WYPEŁNIA URZĄD PRACY W KŁODZKU/FILIE**

1) UR – opinia i uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

……

(Data i podpis pracownika)

2) IR – opinia

Koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą: .....

Intensywność pomocy ..... %: .....

Koszt refundacji: .....

.....

.....

.....

.....

.....

(data i podpis Kierownika IR/FILIE)