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

............................................. /miejscowość, data /

/pieczęć firmowa Organizatora/

Powiatowy Urząd Pracy

w Zakopanem

**W N I O S E K**

**o organizowanie robót publicznych**

na zasadach określonych w art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 i 1149) oraz 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).

W przypadku wystąpienia pomocy *de minimis* zastosowanie mają: rozporządzenie Komisji (UE)  
nr 1407/2013 z 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), rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis w sektorze rolnym (*Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub właściwe przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH**

1. Nazwa i adres Organizatora , nr tel. ………………………………………………………………….............

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

2. Osoby reprezentujące Organizatora przy podpisaniu umowy (*imiona, nazwiska, stanowiska służbowe*): …..

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

3. NIP................................................ REGON .................................................PKD …………...........................

4. Forma organizacyjno - prawna..........................................................................................................................

|  |
| --- |
| **Część II i III wypełnić również, gdy Pracodawcą będzie Organizator robót.** |

**­­­­­­­­­­­­­­­**

**II. DANE DOTYCZĄCE WSKAZANEGO PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa i adres siedziby Pracodawcy: …………………………………………………………..............  
   ............................................................................................................................................................................

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

2. Miejsce prowadzenia działalności:.......................................................................................................................

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

3. Osoby uprawnione do podpisania umowy (*imiona, nazwiska, stanowiska służbowe*): ......................................

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

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

4. Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za sprawy kadrowe , nr tel. ...........................................................  
………................................................................................................................................................................

5. NIP................................, REGON..............................., nr KRS.................................., PKD........................

6. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:...........................................................................

7. Rodzaj prowadzonej działalności (*branża*):....................................................................................................

8. Data rozpoczęcia działalności (*zgodnie z dokumentem rejestracyjnym*): ...........................................................

9 . Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ……………………………………………..….. %

10. Nazwa banku i numer rachunku bankowego pracodawcy: ............................................................................... ...……………………………………………………….…………………………………………………..…..

11. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku wynosi (*dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych na umowę  
o pracę*) ………………………. osób.

12. Pracodawca w okresie ostatnich trzech lat korzystał/nie korzystał**\*** z pomocy finansowej powiatowego   
 urzędu pracy i zatrudniał ............... bezrobotnych, z których .............. osób nadal pozostaje zatrudnionych.

**III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH ROBÓT PUBLICZNYCH**

* 1. Liczba osób bezrobotnych proponowana do zatrudnienia w ramach robót publicznych wg specyfikacji:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kod zawodu *(zgodnie z klasyfikacją zawodów  i specjalności*ˡ*)* | Nazwa stanowiska | Liczba  osób | Niezbędne lub  pożądane kwalifikacje  (wykształcenie, specjalizacje,   staż pracy, praktyka) | Proponowane  wynagrodzenie  miesięczne  brutto | Rodzaj wykonywanej  pracy | Miejsce  wykonywania  pracy |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ˡ *klasyfikacja zawodów i specjalności dostępna jest na stronie:*  [psz.praca.gov.pl/-/15252-klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci](http://psz.praca.gov.pl/-/15252-klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci)

2. Wnioskowany okres zatrudnienia w ramach robót publicznych: **od ............................. do.............................**

3. Wymiar czasu pracy: ................................., godziny pracy: .........................................................................

zmianowość: jedna zmiana; dwie zmiany; trzy zmiany\*

4. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia   
 skierowanych bezrobotnych …………………………….. miesięcznie/osobę.

**IV. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:**

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1600): „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” oświadczam, że:

1) prowadzę działalność gospodarczą/nie prowadzę działalności gospodarczej\* w rozumieniu prawa   
 unijnego,

2) jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy² w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku   
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 362),

3) nie zalegam /zalegam \* w dniu złożenia wniosku z zapłatą w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych,

4) w okresie do 365 dni przed złożeniem wniosku byłem/nie byłem\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub jestem/nie jestem\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,

5) nie posiadam/posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań   
 cywilnoprawnych,

6) nie byłem/byłem\* karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny   
(Dz.U. z 2018 r., poz. 1600) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 703),

7) w stosunku do pracodawcy nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek   
 o likwidację,

8) znane są mi postanowienia ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach  
 rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 i 1149) oraz aktów wykonawczych do tej ustawy dotyczące  
 organizowania prac interwencyjnych,

9) zatrudnieni bezrobotni, otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu  
ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym  
pracownikom,

10) zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Zakopanem   
 o wszelkich zmianach, dotyczących danych we wniosku oraz w załącznikach,

11) zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia tut. Urzędu, w razie pojawienia się możliwości   
 przekroczenia górnej granicy dopuszczalnej pomocy,

12) wszystkie dane, informacje i oświadczenia, podane lub załączone do wniosku, są zgodne z prawdą.

²„beneficjent pomocy” – należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą,   
w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną.

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy o zorganizowanie zatrudnienia w ramach robót publicznych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a i b skonsolidowanego tekstu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 45/46 WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.L 119 z 4.5.2016)”.

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

|  |
| --- |
| **(**pieczątka i podpis Organizatora) (pieczątka i podpis Pracodawcy) |
|  |

**Załączniki:**

(Uwaga: **Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem poprzez zawarcie klauzuli: „za zgodność z oryginałem” oraz umieszczenie daty, podpisu i pieczęci wnioskodawcy, na każdej ze stron kopii, załączanej do wniosku.**)

1. Dokument poświadczający formę prawną wnioskodawcy (kserokopia: aktualnego odpisu   
   z Krajowego Rejestru Sądowego, umowy spółki, statutu, wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej ew. wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).
2. Upoważnienie do reprezentowania i składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy (jeżeli dotyczy).
3. **Pisemne upoważnienie Organizatora dla Pracodawcy** (dot. gdy Organizator robót publicznych nie będzie jednocześnie Pracodawcą).
4. Zgłoszenie Krajowej Oferty Pracy.

|  |
| --- |
|  |

**UWAGA:**

**1. W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, wnioskodawcy  
 zostanie wyznaczony, co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione  
 we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**

**2.** Wniosek zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od dnia dostarczenia kompletu załączników.  
 **3.** W przypadku, gdy roboty publiczne organizowane będą u pracodawcy, podlegającego zasadom  
 dotyczącym pomocy de minimis, zastosowanie ma 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.Urz.UE L 352 z 24.12.2013, str.1), rozporządzenie 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. Urz. UE L 352 z 24 12.2013, str.9) lub we  
 właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze  
 rybołówstwa i akwakultury. Wówczas pracodawca zobligowany będzie, do dostarczenia dodatkowych  
 dokumentów, oświadczeń i informacji, w zakresie wskazanym przez Powiatowy Urząd Pracy   
 w Zakopanem.

*Szczegółowe informacje, można uzyskać w PUP Zakopane, ul. Ks. Stolarczyka 14, pok. nr 11.*

*tel.18 20 217 84*

*Formularz wniosku dostępny jest na stronie internetowej –* [*www.pupzakopane.pl*](http://www.pupzakopane.pl)

**Wypełnia Urząd:**

**A/** **Opinia pracownika ds. organizacji miejsc pracy subsydiowanej:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Data Podpis pracownika

**B/ Opinia Kierownika CAZ**

Opiniuję: pozytywnie / negatywnie \*

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

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

............................................................... Podpis Kierownika CAZ

**C/** **Opinia Księgowego CUW**

Opiniuję: pozytywnie / negatywnie \*

Okres refundacji .............................….................................................… Ilość osób....…….........................

Kwota refundacji (miesięcznie/osobę)............................................................................................................

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

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

Podpis Głównego Księgowego

**D/** **Decyzja Dyrektora PUP**

Wniosek został rozpatrzony negatywnie/pozytywnie\*.

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

Data Dyrektor PUP

( pieczątka i podpis)

**\*** niewłaściwe skreślić