



Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Tomyślu

ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl

Tel: 61 44 51 500, Fax: 61 44 51 535,

e-mail: [biuro@pupnt.pl](mailto:biuro@pupnt.pl)

Projekt

Nr umowy………………….

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

(pieczęć firmowa Organizatora)

**WNIOSEK O ORGANIZACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH**

Na zasadach określonych w przepisach regulujących organizację robót publicznych wnoszę o:

zatrudnienie skierowanych bezrobotnych przez okres **do 6 miesięcy** – refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie nieprzekraczającej 50% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznie;

zatrudnienie skierowanych bezrobotnych będących dłużnikami alimentacyjnymi przez okres **do 6 miesięcy** w połowie wymiaru czasu pracy – refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie nieprzekraczającej połowy minimalnego wynagrodzenia.

**OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Klauzulą informacyjną** **dla osób fizycznych - pracodawców i przedsiębiorców współpracujących z Powiatowym Urzędem Pracy w Nowym Tomyślu**, która jest dostępna w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Nowym Tomyślu oraz na stronie internetowej urzędu nowytomysl.praca.gov.pl

………………………………………………………….

(pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH:**

1. Pełna nazwa Organizatora: ............................................................................
2. Adres siedziby Organizatora : ........................................................................
3. Miejsce prowadzenia działalności: ..................................................................
4. Telefon: ....................., fax: ........................., e-mail:....................................
5. NIP: .........................., REGON: ....................... PKD (przeważające): ..................
6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: ....................................
7. Wniosek złożony na zasadach:

wsparcia dla podmiotów nie będących beneficjentem pomocy;

pomocy de minimis w rozumieniu przepisów regulujących tą pomoc.

1. Dane osoby/osób prawnie reprezentującej(-ych) podmiot (dot. podpisania umowy):
   * imię i nazwisko: .................................................................................
   * nazwa stanowiska służbowego: ............................................................
   * telefon kontaktowy: ............................................................................

W przypadku wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za kontakt z Urzędem Pracy   
 w sprawie wniosku prosimy o podanie jej danych:

* + imię i nazwisko: .................................................................................
  + nazwa stanowiska służbowego: ............................................................
  + telefon kontaktowy: ...........................................................................

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: ...................................................  
   ..................................................................................................................
2. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi (dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych w ramach umowy o pracę):  
   ........................................................................................ etat/etaty/etatów.
3. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (zaznaczyć właściwe):

do ostatniego dnia miesiąca, za który przysługuje wynagrodzenie, składki ZUS za wynagrodzenie odprowadzane są w miesiącu następnym;

do .......... dnia następnego miesiąca, za który przysługuje wynagrodzenie, składki ZUS za wynagrodzenie odprowadzane są w miesiącu następnym, po miesiącu w którym wynagrodzenie zostało wypłacone.

1. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe: .................%
2. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI ROBÓT PUBLICZNYCH:**
3. Liczba bezrobotnych proponowana do zatrudnienia: …….……………… osoba(-y)/osób.
4. Nazwa i kod zawodu (nazwa i kod zawodu muszą być zgodne z aktualnie obowiązującą strukturą klasyfikacji zawodów i specjalności określoną rozporządzeniem ministra właściwego do spraw pracy 1145):..........................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Nazwa stanowiska pracy: ..............................................................................
6. Wymagany poziom i kierunek wykształcenia: ...................................................
7. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje: .............................................................  
   ..................................................................................................................
8. Rodzaj wykonywanej pracy: ..........................................................................
9. Miejsce wykonywania pracy: ..........................................................................
10. Godziny pracy (od-do): ...................................................................................
11. Zmianowość: ...............................................................................................
12. Proponowany okres zatrudnienia:

od dnia ........................... do dnia…………………………….. ilość osób………………………….

refundacja do 6-mcy;

od dnia ........................... do dnia…………………………….. ilość osób………………………….

refundacja do 6-mcy dot. Dłużników alimentacyjnych.

1. Wysokość miesięcznego wynagrodzenia (brutto): ................................................
2. Wnioskowana wysokość refundacji: …………………… zł + ………… % FUS od tej kwoty.
3. Po okresie refundacji zapewniam/nie zapewniam\* zatrudnienia dla …….. osoby/osób bezrobotnej(-ych) na okres ……………………………………………………………….….
4. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY WSKAZANEGO PRZEZ ORGANIZATORA (wypełnić tylko w przypadku, gdy Organizator nie będzie jednocześnie pracodawcą dla skierowanego bezrobotnego)**
   * + 1. Pełna nazwa Pracodawcy: ............................................................................
       2. Adres siedziby Pracodawcy: ...........................................................................
       3. Miejsce prowadzenia działalności: ..................................................................
       4. Telefon: ....................., fax: ........................., e-mail:....................................
       5. NIP: ..........................., REGON: ......................, PKD (przeważające): .................
       6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: ....................................
       7. Dane osoby/osób prawnie reprezentującej(-ych) Pracodawcę:

* imię i nazwisko: .................................................................................
* nazwa stanowiska służbowego: ............................................................
* telefon kontaktowy: ............................................................................

1. **OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA**

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
2. Znane są mi powszechnie obowiązujące przepisy rynek pracy i służby zatrudnienia.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy   
   w Nowym Tomyślu o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach do wniosku.
4. Zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych;
5. Jestem świadomy obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi w przypadku niedotrzymania warunków zawartej umowy oraz w przypadku złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia.
6. Zostałem poinformowany, że w przypadku zawarcia umowy o zorganizowanie robót publicznych moje dane zostaną podane do publicznej wiadomości zgodnie   
   z wymaganą procedurą i obowiązującymi przepisami poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu przez okres 30 dni.
7. Wyrażam zgodęna przetwarzanie moich danych osobowych przez członków Komisji Wewnętrznej ds. Programów Rynku Pracy zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami regulującymi ochronę danych osobowych.

\*zaznaczyć właściwe

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

............................, dnia ............................. ..................................................

(miejscowość) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki**

1. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
2. Kserokopia dokumentu uprawniającego do reprezentowania Wnioskodawcy. Dokument nie jest wymagany, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy   
   w dokumencie rejestrowym.
3. Dokumenty niezbędne do udzielenia pomocy de minimis (również: zaświadczenia o  otrzymaniu lub nieotrzymaniu przez wnioskodawcę takiej pomocy w okresie ostatnich 3 lat z uwzględnieniem roku ubiegania się o  pomoc).
4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.
5. Oświadczenie sankcyjne.
6. Załącznik nr 1 – składa Organizator lub wskazany przez Organizatora robót publicznych Pracodawca.

**Wnioski wypełnione nieczytelnie, lub nie zawierające pełnych, wymaganych informacji, bądź bez kompletu załączników będą rozpatrywane po ich uzupełnieniu.**

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA LUB PRACODAWCY WSKAZANEGO PRZEZ ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH**

1. Jako osoba reprezentująca podmiot ubiegający się o organizację robót publicznych lub osoba nim zarządzająca w okresie ostatnich 2 lat **byłem / nie byłem\*** prawomocnie skazany/a za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, 1228, 1907 i 1965), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.14) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
2. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
3. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
4. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
5. Oświadczam, że dostarczyłem/am wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w okresie wskazanym odpowiednio w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023), art. 3 ust. 2 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. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9, Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1, Dz. Urz. UE L 275 z 25.10.2022, str. 55 oraz Dz. 118 Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023) albo art. 3 ust. 2 rozporządzenia 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. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45, Dz. Urz. UE L 414 z 09.12.2020, str. 15, Dz. Urz. UE L 326 z 21.12.2022, str. 8 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023) albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie; oraz informacje, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 2 albo ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
6. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP o możliwości przekroczenia dopuszczalnej granicy pomocy de minimis.
7. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzymam pomoc de minimis.
8. **Otrzymałem(-am) / Nie otrzymałem(-am)\*** decyzję(i) Komisji Europejskiej o  obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.

\*zaznaczyć właściwe

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

............................, dnia ............................. ..................................................

(miejscowość) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)