

.....
(nazwa organizatora)

REGON

Starosta Gryfiński
Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie

WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - PFRON

(składa organizator – odrębnie dla każdego stanowiska pracy)

- 1) *Wniosek o organizowanie prac interwencyjnych, na podstawie art. 51, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 735), może złożyć pracodawca lub przedsiębiorca.*
- 2) *Do realizacji będą kierowane wnioski spełniające warunki:*
 - a) *określone w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r. poz. 690 z późn. zm.),*
 - b) *określone w 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 2014, poz.864),*
 - c) *Regulaminu naboru wniosków na organizację sprac interwencyjnych dla osób niepełnosprawnych, w ramach PFRON na rok 2023*

POUCZENIE:

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte we wniosku pytania.
3. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nie uzupełniony we wskazanym terminie **pozostawia się bez rozpatrzenia**
4. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku starosta informuje wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. W przypadku nieuwzględnienia wniosku starosta podaje przyczynę odmowy.
5. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
6. Na prace interwencyjne **mogą zostać skierowane wyłącznie** osoby **niepełnosprawne** zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryfinie, spełniające łącznie następujące kryteria:
 - 1) **posiadają orzeczony stopień niepełnosprawności** potwierdzony stosownym dokumentem
 - 2) **dla których przygotowany został Indywidualny Plan Działania, z którego wynika potrzeba objęcia subsydiowanym zatrudnieniem,**
 - 3) **które, nie korzystały z subsydiowanego zatrudnienia (prac interwencyjnych, robót publicznych, zatrudnienia na refundowanym stanowisku pracy) w okresie ostatnich 2 miesięcy,**
 - 4) **które nie wykonywały pracy u tego samego pracodawcy lub od daty rozwiązania stosunku pracy w ramach umowy wynikającej z kodeksu pracy, z tym samym pracodawcą upłynęły 3 miesiące (90 dni),**
 - 5) **z którymi pracodawca może zawrzeć w świetle obowiązujących przepisów wiążącą umowę o pracę,**
 - 6) **w przypadku osób do 30 roku życia – uzyskały minimalny oczekiwany wynik w ramach obligatoryjnego badania kompetencji cyfrowych lub skorzystała ze szkolenia w zakresie kompetencji cyfrowych organizowanego przez PUP, przed rozpoczęciem prac interwencyjnych.**

A. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH

1.	Podstawowe dane:	
1)	Nazwa organizatora <i>(firma lub imię i nazwisko)</i>	
2)	Adres siedziby organizatora	
3)	Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora - do podpisania umowy	
4)	Imię i nazwisko osoby wskazanej przez organizatora do kontaktów	
5)	tel/fax	
6)	e-mail	
2.	Dane dotyczące prowadzonej działalności:	
1)	Miejsce prowadzenia działalności	
2)	Data rozpoczęcia działalności	
3)	Numer identyfikacji podatkowej NIP	
4)	Numer identyfikacyjny REGON	
5)	Oznaczenie rodzaju PKD 2007 w ramach, którego zorganizowane zostaną prace interwencyjne	
6)	Forma prawna (<i>zaznaczyć właściwą</i>)	☐ osoba fizyczna prowadząca działalność ☐ spółka cywilna ☐ spółka jawna ☐ spółka partnerska ☐ spółka komandytowa ☐ spółka z o.o. ☐ jednostka sektora finansów publicznych ☐ inna(jaka?)
7)	Stopa % składek na ubezpieczenie wypadkowe	
8)	Wielkość pracodawcy <i>(zaznaczyć właściwe)</i>	☐ mikro przedsiębiorstwo ☐ małe przedsiębiorstwo ☐ średnie przedsiębiorstwo ☐ duże przedsiębiorstwo ☐ pracodawca nie będący przedsiębiorcą
3.	Rachunek bankowy, na który mają być przekazywane refundacje:	
	NR rachunku:	
4.	Liczba ogółem zatrudnionych pracowników¹ w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, na dzień złożenia wniosku	

¹ **Pracownik** - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych.

B. DANE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRAC INTERWENCYJNYCH

1.	Liczba osób bezrobotnych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, w tym:	
1)	Deklaruję, iż zatrudnię, w przypadku skierowania przez PUP:	☐ w pełnym wymiarze czasu pracy: Liczba osób ☐ w połowie wymiaru czasu pracy: Liczba osób
2.	Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych	
1)	tj. okres refundacji i okres zatrudnienia po zakończeniu okresu refundacji	 mc.
2)	proponowana data zatrudnienia	 20..... r.
3.	Informacje dotyczące wykonywanej pracy w ramach prac interwencyjnych:	
1)	Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – dostępne na stronie internetowej psz.praca.gov.pl (ścieżka dostępu: rynek pracy > rejestry i bazy > klasyfikacja zawodów i specjalności > wyszukiwarka opisów zawodów)	
2)	Nazwa stanowiska pracy, na którym zatrudniony będzie skierowany bezrobotny:	
3)	Miejsce wykonywania pracy <i>(dokładny adres):</i>	
4)	Godziny pracy (od –do):	
5)	Zmianowość: - preferowane zatrudnienie w systemie <u>jednozmianowym</u>	☐ jedna zmiana ☐ dwie zmiany ☐ trzy zmiany ☐ ruch ciągły
6)	Praca w niedziele i święta:	☐ tak ☐ nie
7)	Praca w soboty	☐ tak ☐ nie
8)	Praca w porze nocnej:	☐ tak ☐ nie
9)	Rodzaj prac wykonywanych w ramach prac interwencyjnych (ogólny zakres obowiązków)	

4. <u>Niezbędne kwalifikacje osób skierowanych:</u>		
1)	Minimalny poziom wykształcenia:	☐ podstawowe lub gimnazjalne ☐ zasadnicze zawodowe, w zawodzie ☐ średnie ogólnokształcące ☐ średnie zawodowe, w zawodzie ☐ wyższe, na kierunku
2)	Staż pracy:	☐ nie wymagany ☐ wymagany: - Liczba ☐ lat/ ☐ miesięcy : w zawodzie
3)	Wymagane uprawnienia (np. prawo jazdy):	
5. <u>Pożądane kwalifikacje osób skierowanych i inne wymogi :</u>		
1)	Oczekiwane umiejętności:	
2)	Znajomość języków obcych:	
3)	Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:	
6. <u>Pożądane kompetencje cyfrowe:</u>		
Zakres kompetencji:		Oczekiwany poziom kompetencji
1)	Obsługa aplikacji i programów (nazwa aplikacji) : ☐ nie wymagana ☐ pakiet biurowy (WORD, EXCEL itp.) – jakie: ☐ programy graficzne (FOTOSCHOP, GIMP, CORELDRAW, AUTOCAD itp.) – jakie: ☐ programy księgowe (PŁATNIK, Rachmistrz, 360Księgowość itp.) – jakie: ☐ inne (podać jakie)	☐ podstawowy ☐ średniozaawansowany ☐ zaawansowany
2)	Obsługa narzędzi do komunikacji ☐ nie wymagana ☐ formularze cyfrowe ☐ poczta elektroniczna ☐ media społecznościowe (wpisać jakie):	☐ podstawowy ☐ średniozaawansowany ☐ zaawansowany
3)	Tworzenie treści ☐ nie wymagane ☐ strony www ☐ inne (podać jakie)	☐ podstawowy ☐ średniozaawansowany ☐ zaawansowany
4)	Programowanie ☐ nie wymagana ☐ maszyn (np. obrabiarki CNC) ☐ inne (podać jakie)	☐ podstawowy ☐ średniozaawansowany ☐ zaawansowany
7. <u>Proponowana wysokość wynagrodzenia za pracę dla osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych:</u>		
1)	System wynagradzania:	☐ miesięczny ☐ godzinowy ☐ akordowy ☐ prowizyjny

2)	Wynagrodzenie brutto za jeden miesiąc dla 1 osoby – preferowane <i>wynagrodzenie za pracę w kwocie przekraczającej co najmniej o 10% kwotę obowiązującego minimalnego wynagrodzenia</i>	
8.	Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:	
1)	Wysokość refundacji wynagrodzenia za jeden miesiąc dla 1 osoby:	
2)	Miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne od kwoty refundacji w części ponoszonej przez pracodawcę (podać % składek ZUS ponoszonych przez pracodawcę)	% od kwoty refundacji

.....
(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)

C. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Dokumenty składane w oryginale:	
1	Oświadczenie wnioskodawcy –w załączniku nr 1
2	Oświadczenie o pomocy de minimis – w załączniku nr 2 w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej
3	Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zgodnie z <i>Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis</i> ; lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie zgodnie z <i>Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie</i> . - w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej
Potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę kserokopie następujących dokumentów:	
1	W przypadku spółek cywilnych - umowa spółki.
2	W przypadku podpisania wniosku przez pełnomocnika – stosowne pełnomocnictwo.

POUCZENIE:

Wnioskodawca jest zobowiązany złożyć wszystkie załączniki, które go dotyczą.

Załączniki składane jako kopie dokumentów muszą zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę.

Na życzenie urzędu wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

(☐ zaznaczyć właściwe)

- | | |
|--|--|
| 1. Toczy się wobec mnie postępowanie upadłościowe lub został zgłoszony wniosek o likwidację, i upadłość/ likwidacja nastąpi w terminie | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 2. Na dzień złożenia wniosku zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 3. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku:
a. zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy,
b. jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy | ☐ TAK/ ☐ NIE

☐ TAK/ ☐ NIE |
| 4. Podlegam przepisom ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.2023, poz. 702 z późn. zm.) tj.: jestem osobą fizyczną, osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą. ² | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 5. Zobowiązuję się do zatrudnienia skierowanego przez okres refundacji oraz przez okres minimum 4 miesięcy po zakończeniu okresu refundacji | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 6. Zobowiązuję się do nie dokonywania zwolnień pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych w drodze wypowiedzenia stosunku pracy (za wyjątkiem wypowiedzenia na podstawie art. 52 kodeksu pracy), bądź na mocy porozumienia stron | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 7. Zobowiązuję się do nie udzielania urlopu bezpłatnego pracownikom zatrudnionym w ramach prac interwencyjnych | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 8. Zapoznałem się z treścią „Regulaminu naboru wniosków na organizację prac interwencyjnych dla osób niepełnosprawnych, w ramach PFRON na rok 2023 | ☐ TAK/ ☐ NIE |
| 9. Wyrażam zgodę Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie, na:
a. przesyłanie na podany we wniosku adres e-mail/numer telefonu wiadomości zawierających informacje dotyczące realizacji działań skierowanych do pracodawców/przedsiębiorców realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie
b. wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów marketingu usług świadczonych przez Urząd Pracy w Gryfinie oraz prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy | ☐ TAK/ ☐ NIE

☐ TAK/ ☐ NIE |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

.....
(data)

.....
(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)

² Działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły.

OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ
składa odrębnie wnioskodawca oraz każdy z podmiotów powiązanych

.....
(pełna nazwa składającego oświadczenie)

Oświadczam, że:

(☐ zaznaczyć właściwe)

- ☐ Nie korzystałem dotychczas z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.2023, poz. 702 z późn. zm.).
- ☐ Korzystałem z pomocy publicznej w ramach zasady de minimis i w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzednich lat podatkowych i uzyskałem pomoc **w łącznej kwocie:**

Kwota pomocy (w EURO).....
(słownie:

.....
.....)

Uzyskana pomoc **nie łączy się**, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, z pomocą o innym przeznaczeniu (np. pomocą regionalną),

.....
(data)

.....
(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)