

**POWIATOWY URZĄD PRACY W LEŻAJSKU**

**ul. Mickiewicza 56**

**37 – 300 Leżajsk**

**tel. 17 242 73 73, 240 67 20, fax. 17 240 67 29**

|  |
| --- |
|  |
| Data przyjęcia wniosku:  |

..................................... Leżajsk, dnia ..........................................

Pieczątka pracodawcy

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Leżajsku**

 **ul. Mickiewicza 56**

**W N I O S E K**

**O ORGANIZOWANIE ROBÓT PUBLICZNYCH**

Zgodnie z art. 57 ustawy z 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.),

1. **Dane Dotyczące Wnioskodawcy**

1. Nazwa **Organizatora** robót publicznych...............................................................................................

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

2.Adres siedziby........................................................................................................................................

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

3. Adres miejsca prowadzenia działalności..............................................................................................

4. NIP.............................................................REGON…...........................................................................

5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności ………………………………...…. ..……………………………………………………………………………………………………………………..

6. Data rozpoczęcia działalności …………………………… PKD……….……………………………………

7. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom ……….……………………………..…………………………………………………………………….…………

8. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ……………………………………

9. . OSOBA UPOWAŻNIONA DO WSPÓŁPRACY Z URZĘDEM …………………………………………………………………………

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

 *(IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO/FUNKCJA, NR TELEFONU, EMAIL)*

10. OSOBA/Y UPOWAŻNIONA/E DO PODPISANIA UMOWY: ………….……………………………………………………………….

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

 *(IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO/FUNKCJA)*

11. Nr rachunku bankowego Organizatora

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

12. Refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych uzyskiwał będzie:
 *(proszę zaznaczyć X właściwą odpowiedź)*

 □ Organizator

 □ Pracodawca

1. **Dane Pracodawcy wskazanego przez Organizatorarobót publicznych.**

**1. Nazwa pracodawcy i adres siedziby pracodawcy, u którego będą wykonywane roboty publiczne*:***

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

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

tel. - NIP --- REGON -----

2. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności ………………………………...…. ..……………………………………………………………………………………………………………………..

3. Data rozpoczęcia działalności …………………………… PKD.……………………………………………

4. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom ……….……………………………..…………………………………………………………………….…………

5. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ……………………………………

6. Forma opodatkowania - sposób prowadzenia spraw. finansowej ……………...……….………………..

7. Osoba/y upoważniona/ne do podpisania umowy: ………….……………………………………………………………...

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

 *(IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO/FUNKCJA)*

8. Nr rachunku bankowego pracodawcy

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

**C. Dane Dotyczące Robót Publicznych**

1.Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie…………bezrobotnego/ych w ramach robót publicznych.

 *(liczba osób)*

2. Zakres prac wykonywanych w ramach robót publicznych:

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

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

3. Termin realizacji robót publicznych: od ........................................... do ...........................................

4. Miejsce i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

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

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

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi:

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

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

………………………………………………………………………………………………………. zł/m-c .

7. Wnioskowany okres refundacji od …………….do ……………….. *.(proponowany okres podać w miesiącach).*

8. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanego/ych bezrobotnego/ych oraz składek na ubezpieczenia społeczne: …………...................................zł/m-c.

9. Po upływie okresu refundacji przewidujemy/ nie przewidujemy [[1]](#footnote-1) dalsze/go zatrudnienie(a)

…….....….osoby/ób bezrobotnego/ych skierowanego/ych przez PUP na okres……………………….

10. Dotychczas korzystałem/am ze środków Funduszu Pracy – (TAK/NIE) [[2]](#footnote-2)1 w formie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań**

**oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**(Art. 233 § 1 k.k.).**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Leżajsku w zakresie świadczenia usług rynku pracy (Ustawa z dnia 10. 05. 2018r. o ochronie danych osobowych tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1000).

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

 /miejscowość, data / /pieczątka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej/

W załączeniu:

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej) lub kserokopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku pozostałych podmiotów gospodarczych.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
3. Kserokopia zaświadczeń o nadaniu numeru NIP i REGON.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza jest załączony do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. nr 53, poz. 311
z późn. zm.) oraz na stronie - [www.praca.lezajsk.pl](http://www.praca.lezajsk.pl) .
6. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

**UWAGA!**

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

1. 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) lub

2. 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) lub

3. rozporządzenie 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 r.).

**UWAGI:**

1. **W przypadku złożenia wniosku nieprawidłowo wypełnionego lub niekompletnego starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7- dniowy termin na jego uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**
2. **Wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do wniosku należy potwierdzić „za zgodność z oryginałem” (upoważniona osoba dokonująca potwierdzenia składa na kserokopii czytelny podpis i opieczętowuje pieczątką firmową i imienną).**
3. **Każda poprawka dokonana we wniosku winna być skreślona i zaparafowana z podaniem daty dokonania zmiany.**

 Leżajsk, dn..................................

**OŚWIADCZENIE ORGANOZATORA / PRACODAWCY**

1. Pracodawca **zalega / nie zalega**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
2. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał** \* pomoc publiczną, która **kumuluje się** / **nie kumuluje się**\*z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania
z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji
o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. Pracodawca **otrzymał/nie otrzymał**\*pomocy de minimis oraz pomoc de minimis
w rolnictwie/w rybołówstwie\* w wysokości …………………… zł.. w roku, w którym ubiegam się
o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.
4. Pracodawca **spełnia/nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy
de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).
5. Pracodawca **spełnia/nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia
27 czerwca 2014r. 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 28.06.2014r.).
6. Pracodawca **spełnia/nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia
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).
7. W przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej z Powiatowym Urzędem Pracy w Leżajsku, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanej refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, na konto Powiatowego Urzędu Pracy w Leżajsku.
8. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z nowozatrudnionym w ramach robót publicznych zobowiązuję się poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Leżajsku niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni.
9. Pracodawca **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Leżajsku otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

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

 (Miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej)

\*Niepotrzebne skreślić

**powiatowy urząd pracy w leżajsku**

37-300 Leżajsk, ul. Mickiewicza 56

tel.: 17 **242 73 73, 240 67 20; fax: 240 67 29**

<http://www.praca.lezajsk.pl> e-mail: pup@praca.lezajsk.pl

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY - ZAMKNIĘTA/ OTWARTA\***

|  |
| --- |
| I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY |
| **1.Nazwa pracodawcy**  | **2. Adres pracodawcy**kod pocztowy …………..………… poczta …………………………………………………………………….ulica ……………………………………………………………………………………………………………………… miejscowość ……………………………..……………………………….………………………………………...gmina ……………………………………………………………………………..…………………………………….e-mail …………………………………………………………………………………………………..………………..www: ……………………………………………………………………………………………………………………. *Czy w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy pracodawca został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy?* **TAK / NIE\*** |
| **3. Pracodawca jest Agencją Zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej**  **TAK / NIE\***Jeżeli **TAK** podać numer certyfikatu |
| **4. NIP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | **5. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |
| **6. Regon**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | **7. Forma własności:** 1) publiczna ………………. 2) prywatna ………………. |
| **8.** Podmiot gospodarczy zainteresowany zatrudnieniem obywateli z krajów UE i EOG **TAK / NIE\*** | **9. Liczba obecnie zatrudnionych pracowników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |
| II. INFORMACJE DOTYCZĄCE OFERTY PRACY / INFORMACJI O WOLNYM MIEJSCU ZATRUDNIENIA |
| 10.Nazwa zawodu……………………………………………………………………………………………………………… | 11. Nazwa stanowiska…………………………………………………………………………………………………………………… | **12. Liczba wolnych miejsc zatrudnienia**   Liczba wolnych miejsc dla osób niepełnosprawnych  |
| **13. Wnioskowana liczba kandydatów**  |
| **14. Kod zawodu wg** **Klasyfikacji Zawodów i Specjalności** (Dz.U. Nr 82 poz. 537 z 17.05.2010r.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 | 15. Forma kontaktu z pracodawcą:1) kontakt osobisty z pracodawcą na adres: …………………………………………………………………………………………………………………………………...2) kontakt telefoniczny z osobą prowadzącą nabór na w/w stanowisko:…………………………………………………………………. | **16. Rodzaj umowy / zatrudnienia**1) czas nieokreślony 1. na czas określony
2. praca sezonowa
3. tymczasowa
4. inne
 | **17. System i rozkład czasu pracy**1. jednozmianowa
2. dwie zmiany
3. trzy zmiany
4. ruch ciągły
5. inne
 |
| **18. Miejsce wykonywania pracy**…………………………………………………………………………………………………………… | **Wymiar czasu pracy**:1) pełny etat2) ½ etatu3) ¼ etatu4) inne | **Godziny pracy**:od godz. ……………..… do godz. ……….…..dni pracy …………………..praca w dni wolne **TAK / NIE\*** |
| **19. Wysokość wynagrodzenia (miesięcznie brutto)****od ………………………………………..………**do …………………………………..………….…. | **20. System wynagrodzenia** 1. akordowy
2. prowizyjny
3. czasowy
4. inny
 | **21. Data rozpoczęcia zatrudnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

  |
| **22. Okres aktualności oferty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 |
| **23. Wymagania – oczekiwania pracodawcy**1. wykształcenie (poziom, kierunek, specjalność) ………………………………..………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….1. doświadczenie zawodowe (w latach)……………………………………….…………..………...
2. umiejętności ……………………………………………………………………………..……………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….1. uprawnienia ………………………………………………………………..…………………………….......

……………………………………………………………………………………………………………………………….1. znajomość języka obcego ………………………………………………………………………………..

na poziomie: podstawowym / komunikatywnym / biegłym\*1. inne …………………………………………………………………………………………………………………
 | **24. Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy (zakres obowiązków):**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………… |
| **25. Dodatkowe informacje:**1) zakwaterowanie **TAK / NIE\***2) pracodawca pokrywa koszty dojazdu do pracy **TAK / NIE\***3) zapewnia wyżywienie  **TAK / NIE\***4) inne ………………………………………………………………………………………………………………… |
| **26. Proponowany zasięg upowszechniania oferty pracy:**1) terytorium Polski **TAK / NIE\***2) inny powiatowy urząd pracy **TAK / NIE\***Jeżeli **TAK** to jaki …………………………………………………………………………………………………..3) terytorium państw UE / EOG **TAK / NIE\*** | **27.** **Czy oferta została zgłoszona w innych Urzędach Pracy** **TAK / NIE\*** |
| **28. Zgłoszenie oferty:**1) identyfikującej pracodawcę (*zawierające dane teleaderesowe*) **TAK / NIE\***2) nie identyfikującej pracodawcę (*nie zawierające dane teleaderesowe*) **TAK / NIE\*** |
| III. ADNOTACJE URZĘDU PRACY |
| **29. Data przyjęcia zgłoszenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 | **30. Numer zgłoszenia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 | **31. Sposób przyjęcia oferty**1. pocztą 3) osobiście
2. pisemnie4)inna forma
 | **35. Pieczątka i podpis pracownika odpowiedzialnego za realizację oferty.** |
| **32. Inne informacje:**1) częstotliwość kontaktów  **Min. raz na** …………. **dni**2) aktualizacja zgłoszenia……………….. | **33. Potwierdzenie przyjęcia oferty (pieczątka i podpis pracownika PUP**  | **34. Data zamknięcia oferty / wycofania zgłoszenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 |
| **36. Pieczątka i podpis pracodawcy** |

\*niepotrzebne skreślić

**REALIZACJA OFERTY PRACY**

|  |
| --- |
| **IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI OFERTY PRZEZ URZĄD PRACY** |
| DATA PRZEDŁOŻENIA ZGŁOSZENIA | PRACOWNIK URZĘDU PRZEDSTAWIAJĄCY ZGŁOSZENIE | NUMER EWIDENCYJNY FK OSOBY REFEROWANEJ DO PRACY | OSOBA REFEROWANA | WYNIK SKIEROWANIA |
| POBIERA ZASIŁEK | JEST INWALIDĄ | ZATRUD-NIONY | NIE ZATRUD-NIONY | ODMAWIAPRZYJĘCIA PRACY | NIE STAWIŁ SIĘ DO PRACY |
| TAK | NIE | TAK | NIE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Informacje o aktualizacji:

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

1. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)