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

................................................. (miejscowość, data)

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Gryficach**

**W N I O S E K**

***o organizację prac interwencyjnych***

na zasadach określonych w art. 51, art. 56 oraz art. 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity; Dz.U. z 2024 r. poz. 475
ze zm.) oraz 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 ubezpieczenie społeczne (Dz.U. z 2014 r. poz. 864 z późn. zm.).

**W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej** zastosowanie mają również:

 Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

(Dz. U. z 2023 r. poz. 702 ze zm.),

- Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 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.U.UE.L.2023.2831)

 - 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.U.UE.L.2013.352.9 z późn. zm.)

- 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.U.UE.L.2014.190.45 z późn. zm.)

|  |
| --- |
| I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY: |
| Pełna nazwa pracodawcy, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:..................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Data rozpoczęcia działalności:..................................................................................................................................................... |
| Klasa, rodzaj działalności PKD:  |
| NIP: | REGON: |
| Forma opodatkowania: |
| Stawka opodatkowania: |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego pracodawcy:.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Osoba upoważniona do kontaktów z urzędem (imię i nazwisko, numer telefonu, adres e-mail):....................................................................................................................................................Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy:..................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………….. |
| Stan zatrudnienia w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku – ogółem liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełnym wymiar czasu pracy: |
| Lp. | Nazwa miesiąca | Ogólna liczba pracowników | Lp. | Nazwa miesiąca | Ogólna liczba pracowników |
| 1. |  |  | 7. |  |  |
| 2. |  |  | 8. |  |  |
| 3. |  |  | 9. |  |  |
| 4. |  |  | 10. |  |  |
| 5. |  |  | 11. |  |  |
| 6. |  |  | 12. |  |  |
| Ogólna liczba pracowników na dzień złożenia wniosku wynosi: |
| II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA: | Zaznaczyć właściwe - X |
| 1. Wnioskuje o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w **art. 51.** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na **okres do 6 miesięcy/do 12 miesięcy\*** i zobowiązuje się do utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres objęty refundacją wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji.
 |  |
| 1. Wnioskuje o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w **art. 56. ust.1.** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na **okres do 12 miesięcy** i zobowiązuje się do utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres objęty refundacją wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez okres 6 miesięcy po zakończeniu refundacji.
 |  |
| 1. Wnioskuje o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w **art. 56. ust.2.** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na **okres do 18 miesięcy** i zobowiązuje się do utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres objęty refundacją wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez okres 6 miesięcy po zakończeniu refundacji.
 |  |
| 1. Wnioskuje o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w **art. 59. ust.1.** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia na **okres do 24 miesięcy** i zobowiązuje się do utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres objęty refundacją wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez okres 6 miesięcy po zakończeniu refundacji.
 |  |
| III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA |
| Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: .......oraz okres zatrudnienia: od dnia .................................................do dnia................................... |
| Miejsce wykonywania prac:..................................................................................................................................................... |
| Rodzaj prac wykonywanych przez skierowanych bezrobotnych:.................................................................................................................................................... |
| Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności):…………………………………………………………………………………………………Nazwa stanowiska, na którym będą zatrudnieni skierowani bezrobotni ..................................................................................................................................................... |
| Kwalifikacje osób bezrobotnych:1. niezbędne:........................................................................................................................
2. pożądane: ........................................................................................................................

inne wymogi:.........................................................................................................................Poziom wykształcenia (właściwe zakreślić):1. brak
2. podstawowe
3. gimnazjalne
4. zasadnicze zawodowe ………………………………..
5. średnie ogólnokształcące
6. średnie zawodowe …………………………………...
7. wyższe ……………………………………………….
 |
| System wynagradzania (np. czasowy ze stawką miesięczną, godzinową):..................................................................................................................................................... |
| Wysokość wynagrodzenia miesięcznie (brutto): ...................................... |
| System i rozkład czasu pracy:* jedna zmiana od godz. …….. do godz. …..
* dwie zmiany od godz. …….. do godz. …..; od godz. …….. do godz. …..;
* trzy zmiany od godz. …….. do godz. …..; od godz. …….. do godz. …..;

 od godz. …….. do godz. …..* ruch ciągły
* inna………......................................................................................................................
 |
| Dodatkowe informacje (właściwe zakreślić):1. wyżywienie: tak nie
2. zakwaterowanie: tak nie
3. inne (podać jakie) …………………………………………………………………………………
 |
| Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych | Zaznaczyć właściwe - X |
| 1. refundacja do kwoty zasiłku i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia za każdy miesiąc zatrudnienia  |  |
| 2. refundacja do kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia, jeżeli refundacja obejmuje koszty poniesione za co drugi miesiąc zatrudnienia  |  |
| 3. refundacja do 80% minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia przy zatrudnieniu bezrobotnych, którzy spełniają warunki konieczne do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego  |  |
| 4. refundacja do 50% minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia przy zatrudnieniu bezrobotnych, którzy nie spełniają warunków koniecznych do uzyskania świadczenia przedemerytalnego |  |

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

data, miejscowość pieczątka, podpis pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić

**W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony, niekompletny
lub nieuzupełniony w wyznaczonym terminie, pozostawia się go bez rozpatrzenia.**

Załączniki:

1. Oświadczenie pracodawcy (załącznik nr 1 do wniosku)
2. Podstawa prawna prowadzonej działalności.
3. Oświadczenie o wspólności majątkowej małżeńskiej (załącznik nr 2 do wniosku)
4. Oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu pomocy de minimis (załącznik nr 3
do wniosku)
5. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (druk
w załączeniu)
6. Klauzura informacyjna RODO (załącznik nr 4 do wniosku)

 załącznik nr 1

**O Ś W I A D C Z E N I E**

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

(pełna nazwa pracodawcy)

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

adres

Oświadczam, że:

1. Jestem/ nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz.702 ze zm.),
2. Jestem/nie jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 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.U.UE.L.2023.2831).
3. Prowadzę/ nie prowadzę \* działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 06 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców (tekst jednolity Dz.U. z 2024 r. poz. 236 ze zm.). Zobowiązuję się
do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Gryficach o zmianie dotyczącej powiązań, łączenia lub przejęcia w wyniku podziału przedsiębiorstwa, jeżeli zmiana będzie miała miejsce w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy na zatrudnienie bezrobotnego
w ramach prac interwencyjnych.
4. Wynagrodzenie osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych nie będzie finansowane / będzie finansowane\* z działalności o charakterze gospodarczym.
5. Nie posiadam/posiadam\* decyzję Komisji Europejskiej o zwrocie pomocy de minimis.
6. Nie toczy się/ toczy\*w stosunku do nas postępowanie upadłościowe i nie został/został\* zgłoszony wniosek o likwidację.
7. Nie zalegamy/zalegamy\*w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
8. W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem/zostałem\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem/jestem\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
9. Posiadam/nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
10. Byłem/nie byłem karany\* w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeks karny (Dz. U.
z 2024 r. poz. 17 z późn. zm.) lub ustawy z 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2024 r. poz. 1822.).
11. Zostałem/nie zostałem objęty sankcjami, o których mowa w ustawie z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**Świadomi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego** **oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.**

**................................... ................................................................**

(data) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentacji\*)

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 2

**Oświadczenie o wspólności majątkowej małżeńskiej**

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych, niniejsze oświadczenie składam zgodnie z prawdą, art. 233 kk.

Oświadczam, że:

1. Pozostaję w związku małżeńskim\*
2. Pozostaję w ustawowej wspólności małżeńskiej majątkowej\*

z .........................................................................................................................

(imię i nazwisko współmałżonka)

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

 (adres zamieszkania współmałżonka)

1. Posiadam rozdzielność majątkową z \*..............................................................

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

(imię i nazwisko współmałżonka)

 kopia umowy, orzeczenie sądu w załączeniu.

1. Nie pozostaje w związku małżeńskim\*.

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

podpis pracodawcy

\* niepotrzebne skreślić

 załącznik nr 3

**Oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu pomocy de minimis**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) jako wnioskodawca oświadczam, że w ciągu 36 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku:

1. otrzymałem/am środki stanowiące pomoc de minimis\* w kwocie łącznej ..................

................................................................................................................................euro

1. nie otrzymałem/am środków stanowiących pomoc de minimis\*

Oświadczam, że otrzymałem/am inną pomoc publiczną/; nie otrzymałem/am innej pomocy publicznej\* w wysokości ............ euro, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Data ............................................ ................................................................

podpis i pieczęć pracodawcy\*
lub osoby upoważnionej do reprezentacji)

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 4

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r.
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 04.05.2016 r.) zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana/Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach z siedzibą ul. Koszarowa 4, 72-300 Gryfice;
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryficach jest Inspektor ochrony danych, tel. 913843506,
lub e-mail: iod@gryfice.pl;
3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy
z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.), na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b,c,f oraz art. 9 ust.2 lit.b,f,g RODO;
4. Odbiorcami Pani/Pana/Państwa danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz z którymi zawarto umowę powierzenia danych lub na podstawie innego instrumentu prawnego;
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym terminem przechowywania dokumentacji określonym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, w przypadku projektów unijnych zgodnie
z warunkami umowy;
6. Posiada Pani/Pan/Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
7. Ma Pani/Pan/Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan/Państwo,
że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana/Państwa narusza RODO;
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem - ustawa z dnia 20.04.2004 r.
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji zadań wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
10. Pani/Pana/Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w ustawie z dnia 20.04.2004r.
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.).

Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków administratora PUP w Gryficach zamieszczona jest na stronie BIP, w zakładce podstawowe dane podmiotu oraz na tablicy ogłoszeń tutejszego urzędu.

Zapoznałem/am się:

Data…………………………... Podpis………………………

**Informacja dotycząca organizacji prac interwencyjnych**

**Prace interwencyjne** mają na celuwsparcie osób bezrobotnych.

**Prace interwencyjne** – oznacza to zatrudnienie bezrobotnego przez pracodawcę, które nastąpiło w wyniku umowy zawartej ze Starostą przez okres:

***Art.51 ustawy:***

1.Starosta zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych na okres **do 6 miesięcy** skierowanych bezrobotnych, **część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych
w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczających jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty zasiłku określonej w art. 72 ust. 1 pkt 1,** obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne
od refundowanego wynagrodzenia.

2. Starosta zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych co najmniej
w połowie wymiaru czasu pracy na okres **do 6 miesięcy skierowanych bezrobotnych, część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia za każdą osobę bezrobotną.**

3. Starosta może dokonywać, w zakresie i na zasadach określonych w ust. 1, zwrotu poniesionych przez pracodawcę kosztów z tytułu zatrudnienia na okres **do 12 miesięcy skierowanych bezrobotnych, w ramach prac interwencyjnych, w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia za każdego bezrobotnego, jeżeli refundacja obejmuje koszty poniesione za co drugi miesiąc ich zatrudnienia.**

4. Jeżeli pracodawca bezpośrednio po zakończeniu prac interwencyjnych trwających
co najmniej 6 miesięcy zatrudniał skierowanego bezrobotnego przez okres dalszych
6 miesięcy i po upływie tego okresu dalej go zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy, starosta może przyznać pracodawcy jednorazową refundację wynagrodzenia w wysokości uprzednio uzgodnionej, nie wyższej jednak niż 150% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu spełnienia tego warunku.

5. Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, ma obowiązek wziąć pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.

6. **Pracodawca jest obowiązany, stosownie do zawartej umowy, do utrzymania
w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.**

7. Niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w ust. 6, lub naruszenie innych warunków umowy powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji,
w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

8. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 6, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego.

9. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez urząd pracy na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres,
 w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu.

***Art. 56 ustawy:***

1. Starosta może dokonywać z Funduszu Pracy przez okres **do 12 miesięcy zwrotu poniesionych przez pracodawcę z tytułu zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych
w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego kosztów wypłaconego mu wynagrodzenia, nagród oraz opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne
w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty zasiłku określonej w art. 72 ust. 1 pkt 1, obowiązującej w ostatnim dniu każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.**

2. Starosta może dokonywać z Funduszu Pracy przez okres **do 18 miesięcy zwrotu poniesionych przez pracodawcę z tytułu zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych
w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego kosztów wypłaconego mu wynagrodzenia, nagród oraz opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne
w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia, jeżeli zwrot obejmuje koszty poniesione za co drugi miesiąc.**

3. **Pracodawca jest obowiązany, stosownie do zawartej umowy, do utrzymania
w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres objęty refundacją wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz okres 6 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.**

4. Niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w ust. 3, lub naruszenie innych warunków zawartej umowy powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

5. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 3, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego.

6. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez urząd pracy na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres,
w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu.

***Art. 59 ustawy:***

1. Starosta może skierować bezrobotnych, o których mowa w art. 49 pkt 3 ustawy **(powyżej 50 roku życia)** , do wykonywania pracy w ramach prac interwencyjnych przez okres **do 24 miesięcy oraz dokonywać refundacji poniesionych przez pracodawcę kosztów
na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne.**

2. Starosta może skierować bezrobotnych, o których mowa w ust. 1, do wykonywania pracy w ramach prac interwencyjnych u pracodawcy **przez okres do 4 lat** i dokonywać refundacji poniesionych przez pracodawcę kosztów wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne, jeżeli obejmuje ona koszty poniesione **za co drugi miesiąc ich zatrudnienia.**

3. Jeżeli do pracy w ramach prac interwencyjnych są kierowani bezrobotni, którzy:

1) spełniają warunki konieczne do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego

- **refundacja jest przyznawana w wysokości do 80% minimalnego wynagrodzenia
za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia;**

2) nie spełniają warunków koniecznych do uzyskania świadczenia przedemerytalnego

- **refundacja jest przyznawana w wysokości do 50% minimalnego wynagrodzenia
za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.**

**Refundacja kosztów wynagrodzeń, nagród i składek na ubezpieczenia społeczne, jest *pomocą de minimis* w rozumieniu przepisów wydanych przez Komisję Europejską
na podstawie art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej i jest udzielana zgodnie z tymi przepisami.**

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

Data pieczątka, podpis pracodawcy lub osoby

 upoważnionej do reprezentacji