*Obraz zawierający Czcionka, Grafika, logo, tekst

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.*

***Pieczęć wnioskodawcy*** *jeżeli ją posiadasz*

*lub nazwa którą się posługujesz* Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Fundusz Pracy**

(składa pracodawca – odrębnie dla każdego stanowiska pracy)

**UPRAWNIENI DO ZŁOŻENIA WNIOSKU:**

1. Pracodawca,
2. Przedsiębiorca niezatrudniający pracowników na zasadach przewidzianych dla pracodawców.

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA:**

1. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z **Regulaminem konkursu o organizację prac interwencyjnych w ramach, którego zamierzasz złożyć wniosek** oraz **Pouczeniami we wniosku**
2. Wypełnij wszystkie pola we wniosku i załącznikach składanych w oryginale
3. Wypełnij **WIELKIMI LITERAMI**
4. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
5. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
6. **Do wniosku załącz w oryginale:**
7. Informacja dotycząca zakresu prac interwencyjnych - w *załączniku nr 1*
8. Oświadczenie wnioskodawcy – w *załączniku nr 2.*
9. Oświadczenie reprezentanta podmiotu lub osoby nim zarządzającej – w *złączniku nr 3.*
10. *Oświadczenie o pomocy de minis (podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej) – w załączniku nr 4*
11. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *-* **w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej**
12. szczegółowe uzasadnienie jeżeli osoba wskazana we wniosku pozostaje z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym, jest twoim małżonkiem, dzieckiem własnym, dzieckiem mojego małżonka, dzieckiem przysposobionym, rodzicem, macochą, ojczymem lub osobą przyspasabiającą.
13. **Do wniosku załącz potwierdzone przez Ciebie za zgodność z oryginałem, kopie:**
14. W przypadku spółek cywilnych - umowa spółki.
15. W przypadku podpisania wniosku przez pełnomocnika – stosowne pełnomocnictwo.
16. Na życzenie urzędu wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.
17. **Wniosek niekompletny** (nie zawierający wszystkich wymaganych załączników) lub nieprawidłowo wypełniony **wymaga wniesienia korekty w wyznaczonym terminie**
18. **Jeżeli nie złożysz korekty** w wyznaczonym terminie **wniosek pozostanie bez rozpatrzenia**

**INFORMACJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU:**

1. O rozpatrzeniu lub pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia zostaniesz poinformowany na piśmie w **terminie 30 dni** od dnia jego złożenia lub wniesienia korekty, jeżeli była wymagana
2. Od sposobu rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie

**A. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH**

**I. DANE PODSTAWOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa albo imię i nazwisko |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedzibyzgodnie z właściwym rejestrem |  |

**II. DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba upoważniona do reprezentacji(podpisania umowy) | Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| **Stanowisko** |  |
| Osoba upoważniona do kontaktu | Imię i nazwisko |  |
| **Stanowisko** |  |
| Adres do doręczeń | |  |
| Numer telefonu | |  |
| Adres e-mail | |  |

**B. DANE DZIAŁALNOŚCI PROWADZONEJ PRZEZ ORGANIZATORA**

**w ramach, której realizowane będą prace interwencyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce prowadzenia działalności | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia działalności | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oznaczenie rodzaju działalności, w ramach której zorganizujesz prace interwencyjne | | | | | | | | | | | | | PKD 2025 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma prawna(zaznacz właściwe) | | | | | | | | | | | | | osoba fizyczna prowadząca działalność  spółka cywilna  spółka jawna  spółka partnerska  spółka komandytowa  spółka z o.o.  jednostka sektora finansów publicznych  podmiot ekonomii społecznej  inna(jaka?) ........................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba ogółem zatrudnionych pracowników[[1]](#footnote-1) na dzień złożenia wnioskuw przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wielkość pracodawcy**  (zaznacz właściwe) | | | | | | | | | | | | | mikro przedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo  duże przedsiębiorstwo  pracodawca nie będący przedsiębiorcą | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rachunek bankowy, na który mają być przekazywane refundacje - NR rachunku:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - | |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
| Stopa składek ubezpieczenia wypadkowego | | | | | | | | | | | | | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Termin wypłaty wynagrodzenia** w zakładzie pracy | | | | | | | | | | | | | **do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący** (np. za styczeń -> 30.01.2025)  **do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni** (np. za styczeń -> 09.02.2025)  **inny** – jaki ………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Termin płatności składek ZUS** od wypłaconego wynagrodzenia | | | | | | | | | | | | | **do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący** (np. za styczeń -> 30.01.2025)  **do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni** (np. za styczeń -> 09.02.2025)  **inny** – jaki ………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**C. DANE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRAC INTERWENCYJNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba miejsc pracy w pełnym wymiarze czasu pracy** na stanowisku wskazanym w załącznik nr 1 do wniosku, w ramach którego zorganizowane zostaną prace interwencyjne | | | **liczba miejsc: ……………….** |
| **Proponowany okres zatrudnienia** w ramach prac interwencyjnych **objęty refundacją kosztów wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne** (od 3 do 6 miesięcy) | | | **liczba miesięcy: ……………….** |
| **Proponowana data zatrudnienia** | | | ……… . ……….. . 20………. r. |
| Preferowana grupa osób do skierowania na prace interwencyjne (zaznacz właściwe) (do pracy będą kierowane osoby z wybranej grupy, w przypadku podania danych kandydata powinien on zaliczać się do wybranej grupy) | | | * **bezrobotny posiadający Kartę Dużej Rodziny;** * **bezrobotny powyżej 50. roku życia;** * **bezrobotny bez kwalifikacji zawodowych;** * **bezrobotny niepełnosprawny;** * **długotrwale bezrobotny;** * **bezrobotny do 30. roku życia;** * **bezrobotny samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.** |
| Możliwość organizacji prac interwencyjnych dlaosoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w ramach preferowanej grupy | | | **przewiduje** możliwość  **nie przewiduję** możliwości |
| **Dostosowanie stanowiska pracy**  **dla osób z niepełnosprawnościami** | **Dostosowania techniczne**  (zaznacz właściwe) | specjalistyczne meble (np. biurka o regulowanej wysokości, ergonomiczne krzesła),  urządzenia wspomagające (np. powiększalniki ekranu, czytniki ekranów, klawiatury Braille’a),  maszyny dostosowane do możliwości ruchowych (np. sterowane głosem),  oprogramowanie ułatwiające pracę (np. programy rozpoznające mowę, syntezatory mowy),  pętle indukcyjne dla osób z aparatami słuchowymi.  inne – jakie? ………………………………………………………………………… | |
| **Dostosowania architektoniczne**  (zaznacz właściwe) | likwidacja barier (np. niskie progi, szerokie drzwi),  podjazdy, windy,  uchwyty w toaletach,  odpowiednie oznaczenia (np. wypukłe, kontrastowe, dźwiękowe),  oświetlenie dostosowane do osób z zaburzeniami widzenia,  inne – jakie? ………………………………………………………………………… | |
| **Dostosowania organizacyjne**  (zaznacz właściwe) | elastyczne godziny pracy,  praca zdalna lub hybrydowa,  wydłużony czas na wykonanie zadań,  przerwy w pracy dostosowane do potrzeb zdrowotnych,  zmniejszenie zakresu obowiązków,  inne – jakie? ………………………………………………………………………… | |
| **Wsparcie osobiste lub asystenckie**  (zaznacz właściwe) | asystent osoby z niepełnosprawnością (np. dla osoby niewidomej),  tłumacz języka migowego,  opiekun wspomagający adaptację w zespole,  inne – jakie? ………………………………………………………………………… | |
| nie posiadam dostosowania ani żadnych udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami | | |

**D. WYMAGANIA DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PRACY - niezbędne do podjęcia zatrudnienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA**  **niezbędny do podjęcia zatrudnienia**  (należy wskazać 1 **minimalny** poziom wykształcenia pozwalający na wykonywanie zadań w ramach pracy wpisując **X** przy jednej z pozycji) | | | | podstawowe lub gimnazjalne  zasadnicze zawodowe, w zawodzie (podać zawód): ………………………  średnie ogólnokształcące  średnie zawodowe, w zawodzie (podać zawód): …………………………..  wyższe, na kierunku (podać kierunek): ……………………………………..…… | |
| **STAŻ PRACY**  **niezbędny do podjęcia zatrudnienia** | | | | nie wymagany  wymagany: liczba lat:……………/miesięcy: ……….………….……..………  w zawodzie ………..….….……………….………………………… | |
| **KWALIFIKACJE niezbędne do podjęcia zatrudnienia** (należy wskazać **minimalny** poziom kwalifikacji pozwalający na wykonywanie zadań w ramach pracy np. odbyte szkolenia, posiadane uprawnienia, np. prawo jazdy kat. C, uprawnienia SEP do 1 kW itp.) | | | |  | |
| **ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH:**  **niezbędna do podjęcia zatrudnienia** | | | | nie wymagana  język niemiecki – poziom: ……………………………………………….…….  język angielski – poziom: ……………………………………………….……..  inny – jaki? ………………….……….. – poziom: …………………………….. | |
| **Kompetencje cyfrowe niezbędne do podjęcia zatrudnienia**  (należy wskazać **minimalny** poziom kompetencji cyfrowych pozwalający na wykonywanie pracy) | | | | | **Wymagany poziom:** |
| **Obsługa aplikacji i programów**  **(nazwa aplikacji)**  (zaznacz właściwe) | nie wymagana  pakiet biurowy (np. WORD, EXCEL itp.) – jakie:………………………………………  programy graficzne (np. FOTOSCHOP, GIMP, CORELDRAW, AUTOCAD)  – jakie:…………………………………………………………………………………………..…  programy księgowe (np. PŁATNIK, Rachmistrz, 360Księgowość itp.)  – jakie:……………………………………………………………………………………………  inne (podać jakie) ……………………………………………………………… | | | | podstawowy  średniozaawansowany  zaawansowany |
| **Obsługa narzędzi do komunikacji** (zaznacz właściwe) | nie wymagana  formularze cyfrowe  poczta elektroniczna  media społecznościowe (wpisać jakie): …………………………………………… | | | | podstawowy  średniozaawansowany  zaawansowany |
| **Tworzenie treści** (zaznacz właściwe) | nie wymagane  strony www  inne (podać jakie) ……………………………………………………………. | | | | podstawowy  średniozaawansowany  zaawansowany |
| **Programowanie** (zaznacz właściwe) | nie wymagana  maszyn (np. obrabiarki CNC)  inne (podać jakie) ……………………………………………………………. | | | | podstawowy  średniozaawansowany  zaawansowany |
| **PREDYSPOZYCJE PSYCHOFIZYCZNE I ZDROWOTNE kandydata niezbędne do podjęcia zatrudnienia**  (zaznacz właściwe) | | | sprawność manualna i koordynacja ruchowa – np. przy pracy w gastronomii, na produkcji, w laboratorium,  dobra kondycja fizyczna – np. przy pracy fizycznej, w magazynie, na budowie,  sprawność wzroku i słuchu – ważna w zawodach technicznych, kontrolnych, obsługowych,  zmysł równowagi i precyzja ruchów – np. w zawodach  mechanicznych, fryzjerskich, kosmetycznych,  wytrzymałość na monotonię lub pracę w jednej pozycji – np. praca przy komputerze, maszynach, w archiwum.  brak przeciwwskazań do dźwigania (jeśli występuje praca fizyczna),  brak alergii (np. na środki chemiczne przy pracy w laboratorium lub kosmetyce),  brak chorób zakaźnych (np. przy pracy z żywnością lub ludźmi),  inne (podać jakie) ……………………………………………………………. | | |
| **Rekomendowany kandydat do wykonywania prac interwencyjnych [[2]](#footnote-2)** | | ***Imię i nazwisko*** |  | | |
| **PESEL** |  | | |

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

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

***Załącznik Nr 1***

*do wniosku o zawarcie umowy o organizację prac interwencyjnych*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAKRESU PRAC INTERWENCYJNYCH - dla 1 stanowiska**

**A. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa albo imię i nazwiskoorganizatora prac interwencyjnych | |  |
| **Adres miejsca wykonywania pracy**: (w przypadku pracy w wielu miejscach należy podać dodatkowo miejsce przechowywania listy obecności oraz pozostałych akt bezrobotnego dotyczących prac interwencyjnych) | |  |
| **Komórka organizacyjna, w której organizowane są prace interwencyjne**  (nazwa np. dział sprzedaży, księgowość, referat ds. zamówień) – wskazać lub wpisać „nie dotyczy” | |  |
| **Zawód lub specjalność, której dotyczą prace interwencyjne**  zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – dostępną na stronie internetowej **psz.praca.gov.pl**  (ścieżka dostępu: rynek pracy> rejestry i bazy>  klasyfikacja zawodów i specjalności > wyszukiwarka opisów zawodów) | **Nazwa** |  |
| **Kod cyfrowy** |  |
| **Nazwa stanowiska pracy**,  na którym zatrudniony będzie skierowany bezrobotny | |  |

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRACY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymiar czasu pracy**  (zaznacz właściwe) | pełen wymiar czasu pracy | |
| **Zmianowość** i **godziny pracy** (od –do)  (zaznacz właściwe)  **(preferowane zatrudnienie w systemie jednozmianowym)** | jedna zmiana | w godz. …………-………… |
| dwie zmiany | w godz. …………-………… |
| elastyczny czas pracy | w godz. …………-………… |
| ruch ciągły | w godz. …………-………… |
| **Praca w soboty**  (zaznacz właściwe) | tak  nie | |
| **Praca w niedziele i święta**  (zaznacz właściwe) | tak  nie | |
| **Praca w porze nocnej**  (zaznacz właściwe) | tak  nie | |

**C. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYNAGRODZENIA – dla 1 osoby w ramach prac interwencyjnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **System wynagradzania:** | miesięczny  godzinowy  akordowy prowizyjny |
| **Wynagrodzenie brutto** **za jeden miesiąc dla 1 osoby**  – preferowane wynagrodzenie za pracę w kwocie **przekraczającej** co najmniej **o 10%** kwotę obowiązującego **minimalnego wynagrodzenia** |  |
| Wysokość refundacji wynagrodzenia **za 1 miesiąc** **dla 1 osoby** - nie więcej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę  ( **4 666,00 zł** w 2025 r.) |  |
| **Miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne** w części ponoszonej przez pracodawcę (% składek ZUS ponoszonych przez pracodawcę) | **……..…%** |

**D. REALIZOWANE ZADANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj prac wykonywanych w ramach prac interwencyjnych** (ogólny zakres obowiązków) | |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

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

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)*

***Załącznik Nr 2***

*do wniosku o organizowanie prac Interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH**

**(oświadczenie składa osoba uprawniona do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o organizację prac interwencyjnych zgodnie z dokumentami rejestrowymi np. CEIDG, KRS)**

**Oświadczam, że:**

(zaznacz właściwe):

1. **Jestem przedsiębiorcą w rozumieniu art.4 ust.1 lub 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców**

nie

tak

1. **Zatrudniam pracowników**

nie

**tak i:** a) **zalegam** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom lub 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,

nie

tak

1. **Zalegam z opłacaniem** składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne

nie

tak

1. **Zalegam z opłaceniem innych danin publicznych**

nie

tak

1. **W okresie 365 dni przed dniem złożenia** wniosku zostałem  prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy

nie

tak

1. **Toczy się** wobec mnie postępowanie upadłościowe lub został zgłoszony wniosek o likwidację,

nie,

tak i upadłość/ likwidacja nastąpi w terminie……………………………………….

1. **Byłem karany lub został wobec mnie orzeczony zakaz**  dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, na podstawie ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

nie,

tak i upadłość/ likwidacja nastąpi w terminie……………………………………….

1. Zapoznałem się z treścią „***Regulaminu konkursu na organizację prac interwencyjnych w ramach Funduszu Pracy na rok 2025”, w ramach którego składam wniosek oraz akceptuje jego postanowienia.***

nie

tak

1. **Wyrażam zgodę** Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie, na:
2. 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

**TAK /  NIE**

1. wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy.

**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)*

***Załącznik Nr 3***

*do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE REPREZENTANTA PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH LUB OSOBY NIM ZARZĄDZAJĄCEJ**

(składa odrębnie każdy z reprezentantów /osób zarządzających

zgodnie z dokumentami rejestrowymi podmiotu np. CEIDG, KRS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osoby składającej oświadczenie** | ***Imię i nazwisko*** |  |
| **PESEL** |  |

**Oświadczam, że**

jestem reprezentantem/osobą zarządzającą podmiotem ubiegającym się o organizację prac interwencyjnych i **w okresie ostatnich 2 lat:**

1. byłem/łam 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

nie

tak

1. byłem/łam prawomocnie skazany/a za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy

nie

tak

1. byłem/łam prawomocnie skazany/a za odpowiedni czyn zabroniony o którym mowa w ust.1 lub 2 określony w przepisach prawa obcego,

nie

tak

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

*…………………………………………. ..................................................................................*

*(data) czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*

**POUCZENIE:**

Złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia 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 do zwrotu.**

***Załącznik Nr 4***

*do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE W ZAKRESIE POMOCY PUBLICZNEJ**

(składa odrębnie wnioskodawca ubiegający się o organizację prac interwencyjnych

oraz każdy z podmiotów powiązanych)

**PODMIOT SKŁADAJĄCY OŚWIADCZENIE**

Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o organizację prac interwencyjnych

Oświadczenie podmiotu powiązanego z wnioskodawcą zgodnie z informacją zawartą w formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de mnimis*

|  |
| --- |
|  |

(pełna nazwa składającego oświadczenie)

**Oświadczam, że:**

(zaznacz właściwe):

**Podlegam** przepisom ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, tj.: jestem osobą fizyczną, osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą.**[[3]](#footnote-3)**

nie

**tak, i w okresie ostatnich pełnych 3 lat wstecz** (np. gdy wniosek składany jest 29.07.2025, to okres 3 lat liczymy od 29.07.2025

wstecz do 29.07.2022 włącznie) **korzystałem z pomocy publicznej** w ramach zasady *de minimis* w rozumieniu ustawy

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

nie

**tak** i uzyskałem pomoc **w łącznej kwocie**(kwota pomocy w EURO): ............................................................... EURO.

(słownie:................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………..…………………………………..…………………EURO)

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia*** |  |

*…………………………………………. ....................................................................................*

*(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

**POUCZENIE**

Wartość uzyskanej pomocy należy zweryfikować w aplikacji SUDOP służącej do wyszukiwania pomocy otrzymanej przez beneficjenta. <https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary>

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Rekomendowany kandydat** powinien być zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryfinie jako bezrobotny i spełniać wymagania określone w regulaminie konkursu, w ramach którego składany jest wniosek o organizację prac interwencyjnych oraz wymagania pracodawcy niezbędne do podjęcia zatrudnienia [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. [↑](#footnote-ref-3)