.................................................. …………..... dnia ............................

 (pieczęć pracodawcy ) (miejscowość)

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:** |
| **1.** Pełna nazwa Pracodawcy…................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **2.** Adres siedziby…............................................................................................................................................................................... |
| **3.** Miejsce prowadzenia działalności…............................................................................................................................................................................... |
| **4.** REGON | …............................................. | **5.** PKD  | ….......................................................... |
| **6.** NIP  | …............................................. | **7.** Nr telefonu | …..........................................................……………………………………….. |
| **8.** Dokument, na podstawie którego prowadzona jest działalność | …................................................................................................................................................................................. |
| **9.** Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności | …................................................................................................................................................................................. |
| **10.** Rodzaj prowadzonej działalności | …...................................................................................... |
| **11.** Data rozpoczęcia działalności gospodarczej | …...................................................................................... |
| **12.** Liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełny etat | …...................................................................................... |
| **13.** Procentowa stopa składki na ubezpieczenie wypadkowe | …...................................................................................... |
| **14.** Osoba prowadząca sprawy kadrowe, osoba prowadząca sprawy księgowe (nr tel., e-mail) | …................................................................................................................................................................................. |

**WNIOSEK**

**O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

**I. Dane dotyczące pracodawcy:**

**15.** Nazwa banku i nr konta bankowego pracodawcy

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

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

**16.** Forma opodatkowania pracodawcy : (właściwe zakreślić)

 pełna księgowość

 księga przychodów i rozchodów

 ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

 karta podatkowa

**II. Dane dotyczące organizacji planowanych prac interwencyjnych :**

**1.** Liczba bezrobotnych proponowana do zatrudnienia………………………………………….

**2.** Skierowani bezrobotni zostaną zatrudnieni na okres .................................... miesięcy.

na stanowisko……………………………………………………………………………………

niezbędne lub pożądane kwalifikacje, w tym określić poziom wykształcenia

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

inne wymagania…………………………………………………………………………………

**3.** Miejsce wykonywanych prac przez skierowanych bezrobotnych: …...................................................................................................................................................

**4.** Zakres obowiązków ( krótka charakterystyka wykonywanych zadań)………….……............

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

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

**5.** Wnioskowany okres refundacji ...............................….......... miesięcy

 od ................................................. do .......................................

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

**7.** Termin wypłaty wynagrodzenia pracownikom (znakiem x proszę zaznaczyć wybrany wariant):

 do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący /  do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

**8.** Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego/ych bezrobotnego/ych……………………………………………

**9.** Nazwiska i imiona oraz stanowiska osób uprawnionych /zgodnie z dokumentem rejestrowym/ do składania oświadczeń i podpisania umowy:

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

 (imię i nazwisko) (stanowisko)

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

## III. Oświadczenia pracodawcy

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z postanowień  **art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: ”Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech”**oświadczam, że :

**1.** Skierowani bezrobotni otrzymują wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, oraz z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas /nie/określony.

**2.** W dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

**3. Jestem** / **nie jestem** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (T. jedn. Dz.U. z 2021 r. poz. 743, ze zm.).

**4.** Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną, na zasadach pomocy *de minimis.*

**5.** Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia urzędu o możliwości przekroczenia pomoc *de minimis*.

**6.** Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

Data ............................................. …………………………………………..

 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania i składania oświadczeń)

**ZAŁĄCZNIKI:**

**1.** Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 sierpnia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 poz. 1206) – **załącznik nr 1**

**(lub** Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie(Dz.U. z 2010r. nr 121, poz. 810, ze zm.) – **załącznik nr 1a**

**2.** Oświadczenie o wielkości pomocy *de minimis* jaką podmiot otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 3 poprzedzających go lat kalendarzowych albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie**-załącznik nr 2 lub** wszystkie zaświadczenia o pomocy*de minimis,* jakie podmiot otrzymał w w/w okresielub Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie – **załącznik nr 2a**

**3.**  Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* **Punkty 1 i 2 nie dotyczą jednostek samorządu terytorialnego .** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ AKTUALNE DOKUMENTY POŚWIADCZAJĄCE FORMĘ PRAWNĄ PRACODAWCY LUB PRZEDSIĘBIORCY.**

1. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku prowadzenia działalności jako spółka cywilna – należy dodatkowo przedstawić umowę spółki cywilnej i dla każdego ze wspólników załączyć oddzielnie wydruk z CEIDG.
2. Jednostki samorządu terytorialnego przedstawiają dokument stanowiący podstawę funkcjonowania tj. statut, uchwałę powołania oraz pełnomocnictwo osób działających w imieniu jednostki.
3. Należy przedstawić pełnomocnictwo w przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik.
4. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność rolniczą lub dział specjalny produkcji rolnej, do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenie z Urzędu Miasta/Gminy o wielkości powierzchni gospodarstwa rolnego, w tym ha przeliczeniowych lub zaświadczenie o prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej lub inny dokument potwierdzający fakt posiadania gospodarstwa rolnego,

- zaświadczenie z KRUS-u o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników i okresie odprowadzenia składek na to ubezpieczenie,

- zaświadczenie z ARiMR o nadanym numerze identyfikacyjnym z Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności,

- decyzja w sprawie wymiaru podatku rolnego.

**Podstawa prawna**

**1.** ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn.

Dz. U. z 2024 r. poz. 475),

**2.** rozporządzenie 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 2014r. poz. 864),

**3**. rozporządzenie ministra rodziny, pracy i polityki społecznej z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 952).

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

**4.** ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (T. jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 702, ze zm.),

**5.** rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 sierpnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 poz. 1206),

**6.** rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (T. jedn. Dz.U. z 2024 r. Poz.40 z późn. zm.);

**7.** rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz.U. z 2010 r. Nr 121 poz. 810);

**8.** rozporządzenie 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 L2023/2831 z 15.12.2023);

**9**. rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu UE do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9 z późn. zm.);