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

(pieczęć pracodawcy ) (miejscowość)

**WNIOSEK**

**O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

**I. Dane dotyczące Organizatora prac interwencyjnych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC INTERWENYCJNYCH:** | | | | |
| **1.** Pełna nazwa Pracodawcy  …................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | | | | |
| **2.** Adres siedziby  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | | | **3**. Miejsce prowadzenia działalności  ……………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **4.** Adres do e-Doręczeń:  ………………………………………………………………. | | | **5**. e-mail  ……………………………………………………………… | |
| **6.** REGON | ….................................................. | **7.** PKD | | …................................................................ |
| **8.** NIP | ….................................................. | **9.** Nr telefonu | | …............................................................ |
| **10.** Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności | | ….............................................................................................. | | |
| **11.** Rodzaj prowadzonej działalności | | ….............................................................................................. | | |
| **12.** Data rozpoczęcia działalności gospodarczej | | ….............................................................................................. | | |
| **13.** Liczba pracowników zatrudnionych  w przeliczeniu na pełny etat | | ….............................................................................................. | | |
| **14.** Procentowa stopa składki na ubezpieczenie wypadkowe | | ….............................................................................................. | | |
| **15.** Termin wypłaty wynagrodzenia pracownikom | |  do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący   do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni | | |
| **16.** nr rachunku bankowego, na który będzie dokonywania refundacja:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| **17.** Osoba prowadząca sprawy kadrowe, osoba prowadząca sprawy księgowe (nr tel., e-mail) | | …................................................................................................................................................................................................ | | |

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

 pełna księgowość  ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

 księga przychodów i rozchodów  karta podatkowa

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Liczba osób | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje | Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia brutto dla skierowanego bezrobotnego  (co najmniej minimalne wynagrodzenie) | Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego/ych bezrobotnego/ych |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**1.** Wnioskowany okres refundacji w ramach prac interwencyjnych (od 3 m-cy do 12 m-cy):

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

**2.** Obligatoryjny okres zatrudnienia po terminie końcowym określonym w pkt 1 (połowa okresu wskazanego

w pkt 1 + 90 dni) tj. od………………………………….. do………………………………...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(imię i nazwisko) (stanowisko)

## III. Oświadczenia organizatora:

**Niniejszym oświadczam, że :**

1. Osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osoby nim zarządzające w okresie ostatnich 2 lat **nie były prawomocnie skazane** 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.15) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. Podmiot na dzień złożenia wniosku **nie zalega** z:

a) wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z 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,

b) opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie   
 zdrowotne

c) opłacaniem innych danin publicznych.

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

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Podmiot **spełnia/ nie spełnia\*** warunki (-ów) definicji pracodawcy1 w rozumieniu art. 2 pkt 28 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).
2. Podmiot **jest/ nie jest\*** przedsiębiorcąw rozumieniu art. 4 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r.- Prawo przedsiębiorców, oznacza osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, wykonującą działalność gospodarczą. Przedsiębiorcami są także wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej.
3. Pracodawca: **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 2025r. poz. 468).

*\*niepotrzebne skreślić*

1. Skierowani bezrobotni otrzymują wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, oraz z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas określony.
2. 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.*
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia urzędu o możliwości przekroczenia pomocy de minimis.
4. 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)

1 Pracodawca- oznacza jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

**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**

**2.** Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy *de minimis,* pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w ciągu minionych 3 lat przed złożeniem wniosku lub wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie i rybołówstwie jakie podmiot otrzymał w w/w okresie albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym zakresie- **załącznik nr 2**

**3.** Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla przedsiębiorców, przedstawicieli pracodawców oraz innych instytucji

Współpracujących- **załącznik nr 3**

**4**.Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

**5.** Dokument poświadczający formę organizacyjno-prawną, stanowiący podstawę funkcjonowania tj. statut, uchwałę powołania oraz pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu, wpis do KRS-u. (Pełnomocnictwo do reprezentowania podmiotu udzielane przez osoby uprawnione nie jest wymagane, jeżeli osoba występuje w dokumencie rejestracyjnym):

1. W przypadku prowadzenia działalności jako spółka cywilna – należy dodatkowo przedstawić umowę spółki cywilnej i dla każdego ze wspólników załączyć oddzielnie wydruk z CEIDG.
2. w przypadku gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, należy przedstawić pełnomocnictwo.
3. 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.

**5.** Zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych klientów Powiatowego Urzędu Pracy w Strzelinie.

**6**.Inne dokumenty, uzgodnione z Powiatowym Urzędem Pracy.

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

**Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów niewymienionych w powyższych załącznikach pozwalających na rozstrzygnięcie ewentualnych wątpliwości niezbędnych do rozpatrzenia niniejszego wniosku**.

***Wniosek z załącznikami należy wypełnić dokładnie i czytelnie.***

**Podstawa prawna**

**1.** ustawa z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia ( Dz. U. z 2025 r. poz. 620),

**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 podmiot podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:**

**3.** ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (T. jedn. Dz.U. z 2025r. poz. 468),

**4.** rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 poz. 1206),

**5.** rozporządzenie Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023) lub

**6.** rozporządzenie 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, ze zm.) lub

**7.** rozporządzenie 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 28.06.2014, ze zm.)