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

*(miejscowość i data)*

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

*( pieczęć wnioskodawcy)*

## Powiatowy Urząd Pracy

**we Włoszczowie**

**WNIOSEK**

**o zorganizowanie prac interwencyjnych**

na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 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.

**Prace interwencyjne organizowane będą przez pracodawcę*:***

***(właściwe zaznaczyć x )***

** niebędącego beneficjentem pomocy publicznej**

** będącego beneficjentem pomocy publicznej**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY.**
2. Pełna nazwa pracodawcy ……………………………………………………………………………….………………………

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

adres siedziby …………………………………………………………………………………….

miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………..

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

telefon………………………………………….. e-mail ……………………………………………

1. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:

|  |
| --- |
|  |

1. Numery identyfikacji REGON, NIP oraz Kod klasyfikacji prowadzonej działalności według PKD:

|  |  |
| --- | --- |
| REGON |  |
| NIP |  |
| PKD |  |

1. Data rozpoczęcia działalności:……………………………..….....................
2. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe …………………..……%
3. Forma opodatkowania: ryczałt, podatek dochodowy od osób fizycznych, podatek od osób prawnych, podatek liniowy\*. Najwyższa stawka podatku dochodowego wynosi:………………………………………………………………………………………………...

\* *niepotrzebne skreślić*

1. Termin wypłaty wynagrodzenia ( znakiem x proszę zaznaczyć wybrany wariant):

|  |  |
| --- | --- |
|  | do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący, |

|  |  |
| --- | --- |
|  | do 10-go dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. |

1. Składki ZUS od wynagrodzenia wypłaconego w danym miesiącu odprowadzane są:  
    ( znakiem x proszę zaznaczyć wybrany wariant):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | do 5-go dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, | |
|  | do 15-go dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, | |
|  | do 20-go dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. |

1. Wielkość przedsiębiorcy \*\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MIKRO |  | MAŁY |  | ŚREDNI |  | INNY |

*\*\*ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców*

1. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma zatrudnienia | W dniu złożenia wniosku | 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (w przeliczeniu na pełne etaty)  /należy podać miesiąc i rok/ | | | | | | | | | | | | Średnioroczny stan zatrudnienia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Do zatrudnionych nie zalicza się:

- osób wykonujących pracę nakładczą,

- uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenia do wykonywania określonej pracy

- osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia,

- osób przebywających na urlopach macierzyńskich, wychowawczych oraz bezpłatnych,

- osób odbywających zasadniczą służbę wojskową.

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego pracodawcy:

|  |
| --- |
|  |

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

1. Informacja o osobie uprawnionej do podpisania umowy (upoważnienie to musi wynikać

z przedłożonych dokumentów)

nazwisko i imię …………..………………………………...…………………………………………..……..

stanowisko służbowe……………………….…………………………………………………………….…..

1. Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem, nr telefonu

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO MIEJSCA ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH.**
2. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w ramach prac   
   interwencyjnych …………..….. osób .
3. Wnioskowany okres refundacji od ……………………… do……………….……
4. Miejsce i rodzaj prac, które maja być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych: ………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………….…

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

1. Wymagane kwalifikacje, proponowane wynagrodzenie

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Wykształcenie | **Dodatkowe**  **kwalifikacje i inne wymagania** | **Liczba**  **osób do**  **zatrudnienia** | Deklarowane wynagrodzenie  **brutto** | Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia  z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego |
| 1. | 2. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  | X | X |

Inne wymogi ………………………………………………………………………………………………..……..

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

………………………………………………………………………………………………………

1. Po okresie objętym refundacją deklaruję zatrudnienie zgodnie z kodeksem pracy …..……. osoby/ób na czas nieokreślony/określony\* ……………..….……. (min.3 m-ce przy refundacji 6 m-cy, min 6 m-cy przy refundacji 12 m-cy) w pełnym wymiarze czasu pracy.

\* Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679  
z dnia 27 kwietnia 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   
z 2016 r.) **zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej** (dostępne m. in. na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy we Włoszczowie oraz na tablicy ogłoszeń w PUP), w tym z przysługującym prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

………………………………………..

(podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

* + 1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę organizacyjno - prawną działania podmiotu.
    2. Umowa spółki cywilnej wraz z aneksami, w przypadku pracodawców działających w formie spółki cywilnej.
    3. Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1.
    4. Zgłoszenie oferty pracy druk do pobrania ze strony https://wloszczowa.praca.gov.pl/
    5. Pełnomocnictwo osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio   
        z dokumentów stanowiących podstawę prawną działalności (nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest osobą fizyczną prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą tj. właściciel firmy)
    6. Beneficjenci pomocy publicznej do wniosku dołączają:

1. oświadczenie o otrzymaniu /nie otrzymaniu pomocy de minimis – załącznik nr 2 do wniosku,
2. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
3. jeżeli pracodawca prowadzi działalność w sektorze rolnym lub rybołówstwa - **Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę** – wzór formularza stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minims w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik nr 3 do wniosku.

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
2. Rozporządzenie 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 ubezpieczenia społeczne,
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
4. Rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 roku w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis,
5. 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,
6. 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.

**Uwagi:**

1. Kopie i kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem (czytelny podpis i pieczątka)
2. Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku.
3. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany.
4. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.
5. Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.
6. Uzupełnienie wniosków nieprawidłowo wypełnionych lub niekompletnych może nastąpić w terminie do 7 dni po otrzymaniu powiadomienia starosty. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

Załącznik nr 1 do wniosku

o zorganizowanie prac interwencyjnych

……….…………………………

( miejscowość, data)

…………………………………………….

( pieczęć firmowa)

**Oświadczenie**

**\*\* pkt 7- 12 – dotyczy podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej**

**Mając świadomość odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu Karnego\*\*\* za zatajenie prawdy lub zeznanie nieprawdy oświadczam, że:**

1. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie z dnia   
   30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
2. **Jestem/ nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2014 r.   
   o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. **Zalegam/ nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
4. **Toczy się/ nie toczy się\*** w stosunku do pracodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
5. W okresie ostatnich 365 dni **nie byłem ukarany lub skazany** prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i **nie jestem** objęty postępowaniem w tej sprawie (zgodnie z art. 36 ust. 5f ustawy   
   o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
6. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki, o których mowa w 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.
7. **\*\*Otrzymałem/nie otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej   
   w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodą w prawem i wspólnym rynkiem
8. \*\*S**pełniam/nie spełniam***\** warunki 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.
9. \*\***Spełniam/nie spełniam/nie dotyczy*\****warunki rozporządzenia 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.
10. \*\***spełniam/nie spełniam/nie dotyczy*\**** warunki rozporządzenia 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.
11. \*\*Z**obowiązuję 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 we Włoszczowie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
12. \*\***Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
13. W przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej z PUP zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego dofinansowania wynagrodzenia 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.
14. Zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych skierowanego bezrobotnego, nie spowoduje zwolnienia innego pracownika.
15. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.
16. Wywiązałem się z warunków innych umów zawartych z PUP w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie niniejszego wniosku.
17. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z PUP zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
18. Dane zawarte we wniosku są zgodne zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym. Ponadto oświadczam,   
    że posiadam wszystkie niezbędne dokumenty wymagane w zakresie prowadzonej działalności w tym m.in.: koncesje, licencje, zezwolenia, certyfikaty, a także wpisy do stosownych rejestrów.

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

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

\* Niepotrzebne skreślić

# \*\*\* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Załącznik nr 2 do wniosku

o zorganizowanie prac interwencyjnych

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, jako podmiot ubiegający się o pomoc oświadczam że:

* **w okresie trzech poprzedzających lat\* nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy   
  de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie**
* **w okresie trzech poprzedzających lat \*uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc   
  de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.**

**\*trzy poprzedzające lata należy liczyć w sposób ciągły (tj. 3x365 dni)**

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |

\* Niepotrzebne skreślić

……………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 3 do wniosku   
o zorganizowanie prac interwencyjnych

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O**

**POMOC DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB POMOC DE MINIMIS**

**W RYBOŁÓWSTWIE**

1. Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

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

1. Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):

 działalność w rolnictwie

 działalność w rybołówstwie

1. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy1) | Podstawa prawna2) | Wartość pomocy3) | Forma pomocy4) | Przeznaczenie pomocy5) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Objaśnienia:

1. Dzień udzielenia pomocy - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.
2. Podstawa prawna - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.
3. Wartość otrzymanej pomocy - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony   
   w decyzji lub umowie.
4. Forma pomocy - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.
5. Przeznaczenie otrzymanej pomocy - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

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

(imię i nazwisko) (data i podpis)

\* Niepotrzebne skreślić