

 **POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁAŃCUCIE**

........................................... Łańcut, dn. ..................................

 Pieczęć firmowa wnioskodawcy

# WNIOSEK

#  O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 214 z późn. zm*.*) oraz w rozporządzeniu MPiPS 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 864 z późn. zm.).

W przypadku wystąpienia pomocy publicznej zastosowanie ma 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. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023), 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. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9 z późn. zm.) oraz [rozporządzenie](https://sip.lex.pl/#/document/68437697?cm=DOCUMENT) Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania [art. 107](https://sip.lex.pl/#/document/17099384?unitId=art(107)&cm=DOCUMENT) i [108](https://sip.lex.pl/#/document/17099384?unitId=art(108)&cm=DOCUMENT) Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.)

# I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa Wnioskodawcy, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności ................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

1. Numer NIP ............................................................................................................................
2. Numer REGON .....................................................................................................................
3. PKD .......................................................................................................................................
4. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ......................................................

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

1. Data rozpoczęcia działalności ...............................................................................................
2. Rodzaj prowadzonej działalności .........................................................................................

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

1. Wielkość Przedsiębiorstwa ...................................................................................................
2. Forma opodatkowania ...........................................................................................................
3. Stawka opodatkowania .........................................................................................................
4. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe ....................................................
5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego ........................................................................

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

1. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy .....................................................................................................................
2. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe, telefon kontaktowy osoby odpowiedzialnej ze strony Wnioskodawcy za realizację umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych ...............................................................................................................................................

**II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIONE OSOBY W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH:**

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia ................................................
2. Planowany okres zatrudnienia osoby/osób bezrobotnej/ych w ramach prac interwencyjnych:

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

1. Informacja na temat oferowanych miejsc pracy oraz wymagań wobec kandydatów:

- nazwa stanowiska pracy .....................................................................................................

- rodzaj wykonywanej pracy .................................................................................................

- liczba miejsc pracy .............................................................................................................

- niezbędne lub pożądane kwalifikacje .................................................................................

- dodatkowe wymagania/umiejętności ..................................................................................

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

1. Proponowane warunki pracy:

- wymiar czasu pracy ............................................................................................................

- zmianowość ........................................................................................................................

- godziny pracy .....................................................................................................................

- miejsce wykonywania pracy ...............................................................................................

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych\*: ...............................................................................................................
2. Wnioskowana miesięczna wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia jednego skierowanego bezrobotnego ...............................................................................................................................................
3. Liczba bezrobotnych ...................................... przewidzianych do zatrudnienia przez Pracodawcę po upływie okresu ich zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych,
przez okres min. 30 dni.

………………………………………

Podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy

*\* W przypadku większej liczby skierowanych bezrobotnych, należy wskazać wysokość proponowanego wynagrodzenia dla każdej z tych osób.*

**Do wniosku należy załączyć:**

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Druk oferty pracy.
4. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
5. Kserokopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu wykonywania pracy (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności itp. – w przypadku, jeżeli adres oddziału Wnioskodawcy nie widnieje w aktualnym wydruku CEIDG lub KRS).
6. Dokument potwierdzający niezaleganie w opłacaniu składek ZUS (wydruk z platformy ZUS PUE lub zaświadczenie ZUS) ważny 30 dni od daty wystawienia.

Kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadom/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 297 § 1 Kodeksu karnego, zgodnie z którym w przypadku przedłożenia w celu uzyskania wsparcia finansowego podrobionego, przerobionego, poświadczającego nieprawdę albo nierzetelnego dokumentu albo nierzetelnego pisemnego oświadczenia dotyczącego okoliczności
o istotnym znaczeniu oświadczam co następuje:**

1. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
2. **Nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
3. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **nie zostałem(am**) **skazany(a)** prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, lub **nie jestem objęty(a)** postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
4. Spełniam warunki określone 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 ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r., poz. 864 z późn. zm.).
5. Zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
6. **Prowadzę/nie prowadzę\*** działalność/-ci gospodarczą/-ej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
(Dz. U. z 2023 r., poz. 702).
7. 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 ze starostą, taką pomoc otrzymam (dotyczy beneficjentów pomocy publicznej).
8. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wystąpieniu zmian dotyczących informacji zawartych w niniejszym wniosku, mających wpływ na zawieraną umowę oraz udzielanie pomocy de minimis.
9. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z klauzulą RODO, dostępną na stronie internetowej
tut. Urzędu.

\* niewłaściwe skreślić

 ………..……………………….………… Data, podpis i pieczątka Wnioskodawcy