*…………..………………………………………
 (pieczątka Pracodawcy)*

 PUP.CAZ-5100-........-......../…..…/2025
 *(nr sprawy nadany przez PUP)*

**Powiatowy Urząd Pracy
w Międzychodzie**

#### WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620)
2. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie wyżej wymienionej Ustawy
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2025 r., poz. 468 ze. zm.)
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE
do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023)
5. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE
do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9 ze zm.)
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych
przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r., poz. 40, ze zm.)

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełna nazwa pracodawcy: …………………………………………………………………………………………….………………..………
2. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Miejsce prowadzenia działalności: ……………………….…………………………………………………………………………………
4. Telefon kontaktowy: ………………………….…………….………..……, e-mail: ……….……………………..………….……………
5. NIP: ……………………………………………………..……………..REGON: ………………….………………………………………………..
6. Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy:

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

1. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………, PKD (przeważające): ………………………….……
2. Forma organizacyjno-prawna: ……………………………………………………………….……………………………………………...

(indywidualna działalność gospodarcza, spółka cywilna, sp. z o. o., s. a., sp. j., sp. k., przedsiębiorstwo państwowe itp.)

1. Forma opodatkowania: ………………………………………...……………………………………………………………….………………

(pełna księgowość, księga przychodów i rozchodów, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, karta podatkowa, itp.)

1. Stawka opodatkowania w %: ………………………………………………………………………………………………………………….
2. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe: …………………………………………………….
3. Numer rachunku bankowego:

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

1. Wielkość podmiotu, zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, ubiegającego się o organizację prac interwencyjnych (należy zaznaczyć właściwe):

🞏 Mikroprzedsiębiorca 🞏 Mały przedsiębiorca 🞏 Średni przedsiębiorca 🞏 Inny

1. Liczba zatrudnionych osób na dzień złożenia wniosku (umowy o pracę, umowy cywilno-prawne): ………
2. Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: …………………..…
3. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracowniczych realizowany jest (należy zaznaczyć właściwe):

❒ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

❒ do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: ……………………
2. Dane bezrobotnego, którego organizator zamierza zatrudnić w ramach prac interwencyjnych
(imię i nazwisko): ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy pracodawca jest spokrewniony/spowinowacony z osobą bezrobotną: ❒ TAK ❒ NIE

Jeśli tak podać stopień pokrewieństwa /powinowactwa: …………………………………………………………………….…

(małżonek, rodzic, rodzeństwo, dziecko, itp.)

1. Nazwa zawodu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje zawodowe i inne wymogi wobec bezrobotnego:
* wykształcenie: ……………………………………………………………………………………………………………………………….….
* uprawnienia: ……………………………………………………………………………………………………….……………………………
* umiejętności: ……………………………………………………………………………………………………………………….…………...
* inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
1. Miejsce świadczenia pracy (adres): ……………………………………………………………………………….……………………….
2. Rodzaj wykonywanej pracy: ……………………………………………………………………………….………………………………....
3. Wymiar czasu pracy: ………………………………………….……
4. Proponowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:

od dnia ………………………………..……………………… do dnia ………………………………..………………………

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto: ………………………………………….……
2. Wnioskowana wysokość miesięcznej refundacji z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:

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

**UWAGA:**

Refundacja wynagrodzenia w ramach prac interwencyjnych jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

1. Oświadczam, że:❒ **jestem** ❒ **nie jestem beneficjentem pomocy publicznej.**

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

* Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 1078 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.)
* 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 (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 r.)

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

 (data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

**WNIOSKODAWCA OŚWIADCZA, ŻE:**

(właściwe zaznaczyć)

* **❒ zalega ❒ nie zalega**

w dniu złożenia wniosku z 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 / opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników
lub na ubezpieczenie zdrowotne

* **❒ zalega ❒ nie zalega**

w dniu złożenia wniosku z opłaceniem innych danin publicznych (np. podatki, opłaty lokalne, itp.)

* **❒ posiada ❒ nie posiada**

w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych

* **❒ został ❒ nie został**

ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie
365 dni przed dniem złożenia wniosku,

* **❒ jest ❒ nie**

jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,

* osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osoby nim zarządzające w okresie ostatnich 2 lat **❒ były ❒ 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.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego
* **zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzymam pomoc publiczną.**

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach Wnioskodawca potwierdza własnoręcznym podpisem. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego **„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”.**

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

 (data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis **(Załącznik Nr 1)**
2. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r.,
poz. 40 ze zm.)
3. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika
to bezpośrednio z dokumentów
4. W przypadku gdy Wnioskodawcą jest spółka cywilna należy dołączyć kserokopię umowy spółki.
5. Zgłoszenie krajowej oferty pracy

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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
(ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE z 2016 r., seria L, nr 119) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych jest Powiatowy Urząd Pracy
w Międzychodzie reprezentowany przez Dyrektora, siedziba w Międzychodzie,
ul. 17 Stycznia 143, e-mail: **iod@miedzychod.praca.gov.pl**.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest **Krzysztof Pukaczewski**.
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z przepisów prawa – zgodnie
z ustawą o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe mogą być przetwarzane przez okres wynikający z kategorii archiwalnej
(okres przechowywania dokumentacji, zgodnie z zał. Nr 3 do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych).
6. Każdy ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich poprawiania i sprostowania.
7. Każdy, którego dane osobowe są przetwarzane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Międzychodzie, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie jego danych naruszałoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych
z dnia 26 kwietnia 2016 r. (RODO).
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem ustawowym. Każdy zainteresowany zobowiązany
jest do podania swoich danych osobowych, których zakres wynika z przepisów prawa,
a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą profilowane.

 …………………………………………………….. …………………………………………………………
 (miejscowość, data) (podpis i pieczątka Wnioskodawcy)

**Załącznik Nr 1**

**OŚwiadczenie**

**o otrzymanej pomocy *de minimis***

**Świadomy odpowiedzialności karnej** wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego„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”, **oświadczam**, że w okresie 3 minionych lat przed dniem wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy:

❒ otrzymałem ❒ nie otrzymałem pomoc/pomocy *de minimis,* ❒ w tym pomoc/pomocy *de minimis* w rolnictwie i rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość pomocy *de minimis*:** |  |

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

 (data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)