…………………………….

( pieczęć pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Strzelcach Krajeńskich**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Na zasadach określonych w:

1. Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
2. Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13.12.2023 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)
3. Rozporządzeniu 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)

1. Rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45)

**wnioskuję o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy dla bezrobotnego / ych zarejestrowanego/ ych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzelcach Krajeńskich**

**Wniosek dotyczy\*:**

□ Pracodawcy będącego beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

□ Pracodawcy niebędącego beneficjentem pomocy de minimis

\*  **wypełnić po zapoznaniu się z definicją beneficjenta pomocy zawartą w załączniku nr 1 do wniosku**

**A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**1.** Nazwa pracodawcy…………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….

**2.** Adres siedziby……………………………………………………………………………….

**3.** Miejsce prowadzenia działalności……………………………………………………………

**4.** Nr telefonu………………………………………………../ fax…………………………......

**5.** NIP……………………………………… REGON…………………………………………

**6.** Forma organizacyjno- prawna prowadzonej działalności…………………………………..

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

**7.** Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD:……………………

**8.** Data rozpoczęcia działalności gospodarczej…………………………………………………

**9.** Stopa ubezpieczenia wypadkowego …………….%

**10.** Nazwa banku i nr rachunku bankowego……………………………………………………

**11.** Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby/osób upoważnionych do reprezentowania lub zarządzania podmiotem (zgodnie z dokumentem rejestracyjnym lub załączonym pełnomocnictwem): …………………………………………………………………………………………………

**12.** Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku (na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą) : ……………………….

**13.** Stan zatrudnienia w okresie ostatnich 6 – miesięcy:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc/rok** |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba**  **pracowników** |  |  |  |  |  |  |

**B. DANE DOTYCZĄCE PRAC INTERWENCYJNYCH PRZY WYKONYWANIU KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIENI SKIEROWANI BEZROBOTNI**

**1.** Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

………...... **2.** Okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych od............................... do.............................

**3.** Miejsce wykonywania prac interwencyjnych………………………………………………...

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

**4.** Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych…………….

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

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

**5.** Niezbędne lub pożądane kwalifikacje, które powinni posiadać kierowani bezrobotni do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych (wykształcenie, uprawnienia, umiejętności) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**6.** Termin wypłaty wynagrodzenia:

□ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,

□ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

**7.** Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych oraz wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Ilość miejsc  pracy | Okres subsydiowanego  zatrudnienia  od …...... do…........ | Wysokość proponowanego  wynagrodzenia brutto | Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów | Godziny pracy  od ….. do….... |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* **Starosta na podstawie zawartej umowy zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy na okres od 3 do 12 miesięcy skierowanych bezrobotnych, część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdego bezrobotnego, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca.**
* **Pracodawca stosownie do zawartej umowy, zatrudnia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.**
* **Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac u danego pracodawcy.**
* **Bezrobotny może być skierowany do prac interwencyjnych do przedsiębiorcy niezatrudniającego pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców.**

**8. Zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres kolejnych 90 dni po zakończeniu okresu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz połowy okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.**

(Np. 12 miesięcy refundacji + 6 miesięcy po okresie refundacji + 90 dni efektywności zatrudnieniowej)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wiarygodność podanych we wniosku danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………….. ……………………………………………….

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis pracodawcy)*

**Uwaga:**

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.**

**W przypadku nieprawidłowo wypełnionego lub niekompletnego wniosku będzie wyznaczony co najmniej 7-dniowy termin na uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostanie bez rozpoznania.**

**W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku wnioskodawca otrzyma informację o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.**

**Załączniki:**

1. W przypadku pracodawców działających w formie spółki cywilnej – umowa spółki cywilnej.
2. Statut podmiotu jeżeli odrębne przepisy wymagają działania podmiotu na podstawie niniejszego dokumentu.
3. Uwierzytelnione kserokopie pełnomocnictwa do reprezentowania pracodawcy oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym.
4. Oświadczenie wnioskodawcy – **załącznik nr 1**
5. Oświadczenie o pomocy de minimis **– załącznik nr 2** *(wypełnia beneficjent pomocy de minimis)*
6. Oświadczenie o pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – **załącznik nr 3** (*wypełnia beneficjent pomocy de minimis)*
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - **załącznik nr 4** *(wypełnia beneficjent pomocy de minimis)*
8. *Zgłoszenie krajowej oferty pracy -* **załącznik nr 5**

Pracodawca organizujący prace interwencyjne będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej do wniosku może dołączyć wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Beneficjent pomocy –** należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc.

**Za działalność gospodarczą,** w rozumieniu prawa wspólnotowego, uznaje się oferowanie na rynku towarów bądź świadczenie na nim usług, a przedsiębiorcą jest podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, niezależnie od jego formy prawnej i źródeł jego finansowania. Nie ma znaczenia fakt, czy jest to podmiot nie nastawiony na zysk (non profit organisation). Należy zatem wziąć pod uwagę, czy beneficjent wsparcia prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa wspólnotowego (nawet jeśli w konkretnych warunkach motyw zysku jest wyłączony), i czy może generalnie podlegać normalnym zasadom gry rynkowej, a więc, czy analizowana działalność może być wykonywana przez inny podmiot generując zysk.

**Za przedsiębiorcę** we wspólnotowym prawie konkurencji pojęcie przedsiębiorcy odnosi się do wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, bez względu na formę prawną i sposób finansowania, niezależnie od faktu, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy oraz bez względu na fakt, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy działający na zasadzie non profit. Beneficjentami pomocy publicznej mogą być zatem nie tylko przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004r., lecz również np. zakłady budżetowe, stowarzyszenia, fundacje itp. Pojęcie działalności gospodarczej związane jest z oferowaniem dóbr i usług na rynku.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/zarządzam\*, co następuje:**

* + - 1. **Jestem\* / nie jestem\*** beneficjentem pomocy de minimis w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
      2. **Toczy się\* / nie toczy się\*** w stosunku do pracodawcy postępowanie upadłościowe i **został\* / nie został\*** zgłoszony wniosek o likwidację.
      3. **Zostałem\* / nie zostałem\*** w okresie ostatnich 2 lat prawomocnie skazany 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 wykonującym 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.
      4. **Zalegam\* / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenie zdrowotne rolników.
      5. **Zalegam\* / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
      6. **Posiadam\* / nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
      7. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy\*\*.
      8. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13.12.2023 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) \*\*
      9. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu 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) \*\*
      10. Znana jest mi treść i **spełniam\*/ nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str.45)\*\*
      11. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Strzelcach Krajeńskich, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzelcach Krajeńskich, Aleja Wolności 39, 66-500 Strzelce Kraj., tel. 95 763 11 40, adres e-mail [zist@praca.gov.pl](mailto:zist@praca.gov.pl). Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz w przypadku, gdy wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony – w celu zawarcia i realizacji umowy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej <https://strzelcekrajenskie.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych> lub w siedzibie Administratora. Z Inspektorem ochrony danych wyznaczonym w Urzędzie można skontaktować się na adres e-mail [iod@comp-net.pl](mailto:iod@comp-net.pl).

***\* niepotrzebne skreślić***

***\*\* pkt 5,6,7,8 dotyczą beneficjentów pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.***

***o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej***

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

*(miejscowość, data) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania/zarządzania)*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam/y że:**

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

(nazwa pracodawcy)

**otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w ciągu minionych trzech lat przed złożeniem wniosku o *organizację prac interwencyjnych*

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | **Łącznie:** |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

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

*(miejscowość, data) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam/y że:**

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

(nazwa pracodawcy)

**otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w ciągu minionych trzech lat przed złożeniem wniosku o *organizację prac interwencyjnych*

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | **Łącznie:** |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

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

*(miejscowość, data) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)*