|  |
| --- |
|  |

Pieczęć Wnioskodawcy

 firmowa pracodawcy/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Sanoku**

  **ul. Rymanowska 20A**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2025, poz. 214 z późn. zm.)

Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku;

Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany;

Wniosek powinien być prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów;

Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania środków.

**UWAGA!**

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

- rozporządzenie Komisji (UE) 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

**-** 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 24.12.2013r.,
z późn. zm.)

**-** 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 28.06.2014r, z późn. zm.)

**I . DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**

1. Pełna nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy

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

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

2. Adres siedziby :……………...................................................................................…............................................

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

4. Nr telefonu ****Nr telefonu komórkowego ****

5. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: …....................................................................…..........

6. Nr REGON ****Nr NIP ****Klasa PKD /2007 r./ ****

7. Nazwa banku i nr konta ...................…….............................................................................................................

nr ****

8. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: ****-****-****

9. Rodzaj działalności (krótki opis) …..................................................................................................................

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

10. Osoby reprezentujące pracodawcę:

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/*

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/*

11. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP Sanok:

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/ /telefon/*

12. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym/**zaznaczyć właściwe x/** □ zasady ogólne, □ podatek liniowy, □ zryczałtowany podatek dochodowy, □ karta podatkowa, □ podatek od osób prawnych.

13. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego ****

14. Wielkość przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy publicznej **(**wypełniają – beneficjenci pomocy publicznej):

**Właściwe zaznaczyć znakiem X**

□mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR;

□małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR;

□średnie przedsiębiorstwo definiuje się przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR;

□inny przedsiębiorca to przedsiębiorca nie należący do wyżej wymienionych kategorii.

15. Liczba zatrudnionych w okresie 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku /*w przypadku prowadzenia działalności przez okres krótszy niż 6 miesięcy należy podać zatrudnienie w poszczególnych miesiącach prowadzenia tej działalności*/.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Liczba zatrudnionych w okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku | Liczba zatrudnionych **w dniu złożenia****wniosku** **o prace interwencyjne** |
| Miesiąc / Rok |  |  |  |  |  |  |
| Liczba zatrudnionych pracowników  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba zatrudnionychpracowników**w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**  |  |  |  |  |  |  |  |

### **II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH**

1. Liczba osób bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy:

ogółem : …............., w tym osoby bezrobotne powyżej 50 roku życia: …………..

1. Kwalifikacje bezrobotnych, miejsce wykonywania pracy, proponowane wynagrodzenie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko/zawód | Liczba osób | Rodzaj prac | Niezbędne lub wymagane kwalifikacje osób kierowanych na wnioskowane stanowisko | Miejsce wykonywania pracinterwencyjnych | Proponowane miesięcznewynagrodzenie brutto |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

3. Wypłata wynagrodzenia za pracę dokonywana będzie **(właściwe zaznaczyć znakiem X):**

□ do końca miesiąca, za który wynagrodzenie przysługuje;

□ do …….. dnia po upływie miesiąca, za który wynagrodzenie przysługuje.

4. Planowany termin zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:..................................................................

5. Wnioskowana wysokość i okres refundacji wynagrodzeń, wymagany okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych **(właściwe zaznaczyć znakiem X)**:

 □ 1 660,00 zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanej kwoty przez okres
do 6 miesięcy. Pracodawca zobowiązany jest utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego
po zakończeniu refundacji przez okres minimum 3 miesiące.

 □ 1 660,00 zł oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanej kwoty przez okres
do 12 miesięcy. Dotyczy zatrudnienia osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia. Pracodawca zobowiązany jest utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego po zakończeniu refundacji przez okres minimum 6 miesięcy.

6. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia / 9 lub 18 miesięcy / zapewniam dalsze
zatrudnienie osób bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Sanoku,
przez okres, co najmniej ……..... miesięcy.

**III. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W SANOKU
W OKRESIE OSTATNICH DWÓCH LAT .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu | Nr umowy i data zawarcia | Liczba skierowanych | Liczba zatrudnionych po zakończeniu trwania umowy  |
| Prace interwencyjne |  |  |  |
| Staże  |  |  |  |
| Refundacje kosztów wyposażenia/doposażenia stanowisk pracy |  |  |  |
| Inne programy:……………………………….. |  |  |  |
| Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej |  | **X** | X |

**Oświadczam że:**

**1.** **zalegam / nie zalegam¹** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;

**2. zalegam / nie zalegam¹** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;

**3**. **zostałem / nie zostałem¹** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych,
ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku;

**4. prowadzę / nie prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia
30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w spawach dotyczących pomocy publicznej**

**5.** **otrzymałem1** pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ……PLN ……EUR **/ nie otrzymałem1** pomocy de minimis w rolnictwie w okresie minionych trzech lat;

**6**. **otrzymałem1** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ……PLN……..EUR**/
nie otrzymałem1** pomocy de minimis w rybołówstwie w okresie minionych trzech lat;

7**. zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, w tym pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z PUP w Sanoku otrzymam pomoc publiczną lub inną pomoc de minimis;

**8. zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania PUP w Sanoku o wszystkich zmianach dot. informacji zawartych w niniejszym wniosku, mających wpływ na realizację ewentualnej umowy.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania na podstawie art. 233 § 1 i 1a. Kodeksu Karnego, zgodnie z treścią którego: „§ 1. 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. § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz złożone oświadczenia są zgodne z prawdą.

**1niepotrzebne skreślić**

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

 *(Data) (Podpis i Pieczęć Pracodawcy)*

Załączniki:

1. Aktualny dokument poświadczający formę prawną firmy - wydruk z CEIDG / KRS / umowa spółki/;

2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;

3. Oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez: wnioskodawcę, przedsiębiorstwo z nim powiązane,

przedsiębiorstwo powstałe wskutek połączenia, przejęcia, podziału, przekształcenia lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis;

4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

Załączniki wymienione w pkt 2-3 przedkładają Wnioskodawcy będący beneficjentem pomocy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w spawach dotyczących pomocy publicznej.

Uwaga! Kopie i kserokopie przedkładanych dokumentów muszą być potwierdzone „*za zgodność
 z oryginałem”* z datą i podpisem osoby upoważnionej.

**Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane!**