|  |
| --- |
|  |

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 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

( Dz. U. z 2025, poz. 620)

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 ****

7. Nr NIP ****

8. Klasa PKD ****

9. Nazwa banku ……………….……………………………………………………………………………

Nr rachunku ****

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

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

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

12. Osoby reprezentujące pracodawcę:

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/*

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

*/imię i nazwisko/ /stanowisko/*

13. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP Sanok:

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

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

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

15. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego ****

16. Wielkość przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców.

**(właściwe zaznaczyć znakiem x)**

□ mikroprzedsiębiorca

□ mały przedsiębiorca

□ średni przedsiębiorca

□ inny przedsiębiorca nie należący do wyżej wymienionych kategorii.

17. **Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku** (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)

na podstawie:

• umowy o pracę na czas nieokreślony: ………………….

• umowy o pracę na czas określony: ………………….

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

1. Liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia ogółem: ..…………., w tym osoby powyżej   
   50 roku życia:…………..

Pracodawca/Przedsiębiorca zobowiązany jest do zatrudnienia bezrobotnego skierowanego do prac interwencyjnych w **pełnym wymiarze czasu pracy.**

Do prac interwencyjnych i robót publicznych nie może być skierowany bezrobotny, który w okresie ostatnich 90 dni był zatrudniony w ramach tych prac lub robót u danego pracodawcy.

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko/  zawód | Liczba osób | Rodzaj prac | Niezbędne lub wymagane kwalifikacje osób kierowanych do pracy | Miejsce wykonywania prac  interwencyjnych | Zmianowość | Proponowane miesięczne wynagrodzenie 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, wymagany okres zatrudnienia skierowanych bezrobotnych **(właściwe zaznaczyć znakiem X)**:

□ refundacja wynagrodzenia 2 000,00 zł miesięcznie oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanej kwoty przez okres……………. (od 3 do 6 miesięcy).

/liczba miesięcy/

Pracodawca zobowiązany jest utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego po zakończeniu refundacji przez połowę okresu tej refundacji.

□ refundacja wynagrodzenia 2 000,00 zł miesięcznie oraz składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanej kwoty przez okres……………. (od 3 do 12 miesięcy – dotyczy zatrudnienia osób

/liczba miesięcy/

bezrobotnych powyżej 50 roku życia).

Pracodawca zobowiązany jest utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego po zakończeniu refundacji przez połowę okresu tej refundacji.

6. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych   
(okres refundacji oraz połowa ustalonego okresu tej refundacji) / zapewniam dalsze zatrudnienie   
osób bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Sanoku, przez okres, co   
najmniej 3 miesiące.

**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 |

**IV. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam że:**

**1**. w okresie ostatnich 2 lat **byłem / nie byłem\*** 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 wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2025r. poz. 383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999r. - Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2025r. poz. 633) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;

1. **na dzień złożenia wniosku zalegam / nie zalegam\* z:**

1)wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

2)opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,

3)opłacaniem innych danin publicznych;

**3. toczy się / nie toczy się\*** w stosunku do pomiotu postępowanie upadłościowei **został / nie został** zgłoszony wniosek o likwidację;

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

**5.** w okresie 12 miesięcy **przerwałem / nie przerwałem\*** bez uzasadnionej przyczyny organizacji stażu (umowa o zorganizowanie stażu), staż **został przerwany / nie został przerwany\*** przez Starostę   
z powodu nierealizowania programu stażu lub niedotrzymania warunków jego odbywania;

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

**7. otrzymałem / nie otrzymałem\*** dofinansowanie na ten sam cel z innych środków publicznych;

**8. jestem zobowiązany / nie jestem zobowiązany\*** do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;

**9. 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*;

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

**11**. **podlegam / nie podlegam\*** wykluczeniu z postępowania na podstawie prawodawstwa unijnego   
i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne na podstawie ustawy   
z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. W przypadku zaistnienia zmian ww. zakresie, zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia.

**12**. **jestem /** **nie jestem\*** bezpośrednio lub pośrednio powiązany/a z podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną MSWiA prowadzoną na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. W przypadku zaistnienia zmian ww. zakresie, zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia.

**\*niepotrzebne skreślić**

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

*(Data) (Podpis i Pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania)*

Załączniki:

1. Aktualny dokument poświadczający formę prawną firmy - wydruk z CEIDG / KRS / umowa spółki/;
2. Oświadczenie osób reprezentujących podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osób nim zarządzających, o których mowa w art. 138 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia – załącznik nr 1;

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*;- załącznik nr 2;

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

5. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

Załączniki wymienione w pkt 3-4 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 pozostawia się bez rozpoznania!**