|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (pieczątka pracodawcy) |  | (miejscowość, dnia) |

|  |  |
| --- | --- |
| **pozycja rejestru zgłoszeń  – data wpływu wniosku** |  |

**Wniosek o organizację prac interwencyjnych**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Rodziny, 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 ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014r. poz. 864 z późn. zm.);
3. 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);
4. 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.);
5. 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 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.).
6. **Podstawowe informacje o pracodawcy**
   1. Pełna nazwa pracodawcy:

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

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

* 1. Adres siedziby pracodawcy:

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

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

* 1. Numer telefonu, e-mail:

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

* 1. Miejsce prowadzenia działalności:

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

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

* 1. Imię i nazwisko pracodawcy oraz nazwa pełnionej funkcji:

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

* 1. Imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie złożonego wniosku:

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

* 1. Numer REGON: …………………………………………………………………………………………………………………
  2. Numer NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………
  3. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:

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

* 1. Kod klasyfikacji prowadzonej działalności według PKD: ……………………………………………………………………
  2. Numer konta bankowego: ………………………………………………………………………………………………………
  3. Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą: TAK / NIE
  4. Obowiązująca u pracodawcy stopa ubezpieczenia wypadkowego: ………………………………………………………
  5. Forma opodatkowania: …………………………………………………………………………………………………………
  6. Wielkość pracodawcy: mikro / mały / średni
  7. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi ……… osób.

1. **Informacja o planowanym zatrudnieniu bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych**
   1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: ……………………………………………………………………
   2. Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: ………………………………………………………………………
   3. Proponowany okres refundacji: ………………………………………………………………………………………………
   4. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (zaznaczyć właściwe znakiem X):

|  |  |
| --- | --- |
|  | do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc bieżący |
|  | do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni |

**Składki za zatrudnionego pracownika muszą być zapłacone najpóźniej do 20 dnia za miesiąc poprzedni.**

* 1. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych oraz pożądane kwalifikacje zawodowe w stosunku do kierowanych osób bezrobotnych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponowany zawód/stanowisko:** | |  |
| **Liczba wnioskowanych osób:** | |  |
| **Rodzaj wykonywanych prac:** | |  |
| **Miejsce wykonywania pracy:** | |  |
| **Wymiar czasu pracy:** | |  |
| **Zmianowość:** | |  |
| **Niezbędne / pożądane kwalifikacje zawodowe** | **Poziom wykształcenia** |  |
| **Zawód wyuczony/**  **kierunek** |  |
| **Dodatkowe uprawnienia i umiejętności zawodowe** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponowany zawód/stanowisko:** | |  |
| **Liczba wnioskowanych osób:** | |  |
| **Rodzaj wykonywanych prac:** | |  |
| **Miejsce wykonywania pracy:** | |  |
| **Wymiar czasu pracy:** | |  |
| **Zmianowość:** | |  |
| **Niezbędne / pożądane kwalifikacje zawodowe** | **Poziom wykształcenia** |  |
| **Zawód wyuczony/**  **kierunek** |  |
| **Dodatkowe uprawnienia i umiejętności zawodowe** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponowany zawód/stanowisko:** | |  |
| **Liczba wnioskowanych osób:** | |  |
| **Rodzaj wykonywanych prac:** | |  |
| **Miejsce wykonywania pracy:** | |  |
| **Wymiar czasu pracy:** | |  |
| **Zmianowość:** | |  |
| **Niezbędne / pożądane kwalifikacje zawodowe** | **Poziom wykształcenia** |  |
| **Zawód wyuczony/**  **kierunek** |  |
| **Dodatkowe uprawnienia i umiejętności zawodowe** |  |

* 1. Informacje dotyczące wysokości proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych i wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponowany zawód/stanowisko:** | |  |
| **Wysokość proponowanego wynagrodzenia**  **(uwzględniając wnioskowaną refundację)** | **Wynagrodzenie brutto** |  |
| **Obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne** |  |
| **Ogółem 1 m-c.** | |  |
| **Wysokość refundowanego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia bezrobotnych w okresie ……………………………………………** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponowany zawód/stanowisko:** | |  |
| **Wysokość proponowanego wynagrodzenia**  **(uwzględniając wnioskowaną refundację)** | **Wynagrodzenie brutto** |  |
| **Obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne** |  |
| **Ogółem 1 m-c.** | |  |
| **Wysokość refundowanego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia bezrobotnych w okresie ……………………………………………** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proponowany zawód/stanowisko:** | |  |
| **Wysokość proponowanego wynagrodzenia**  **(uwzględniając wnioskowaną refundację)** | **Wynagrodzenie brutto** |  |
| **Obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne** |  |
| **Ogółem 1 m-c.** | |  |
| **Wysokość refundowanego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia bezrobotnych w okresie ……………………………………………** | |  |

1. **Oświadczenie pracodawcy**
   1. Nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości.
   2. Nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz inny danin publicznych.
   3. Skierowani bezrobotni będą zatrudnieni na umowę o pracę oraz otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnych lub tych samych stanowiskach.
   4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej firmy dla celów wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.).
   5. Prowadzę działalność gospodarczą / nie prowadzę działalności gospodarczej**[[1]](#footnote-1)**,**[[2]](#footnote-2)** w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
   6. Podlegam / nie podlegam**[[3]](#footnote-3)** przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 702 z póź.zm.).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Data, podpis i pieczęć pracodawcy |

1. **Oświadczenie pracodawcy**

W imieniu podmiotu, który reprezentuję, oświadczam, że:

* 1. znana jest mi treść regulacji prawnych określonych w:
     1. ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.) **w kwestii refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych**;
     2. 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);
     3. 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.);
     4. 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 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.).

1. mam świadomość obowiązku:
   * 1. **utrzymania w zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych** w pełnym wymiarze czasu pracy – w ramach zawartej z PUP umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych skierowanych bezrobotnych – **przez okres, za który dokonywana jest refundacja, tj. przez 6 miesięcy**;
     2. **dalszego utrzymania w zatrudnieniu** skierowanych bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy **po zakończeniu okresu, za który przysługuje refundacja, przez okres kolejnych 3 miesięcy**;
     3. niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku w dniu jego złożenia w PUP.
2. przyjmuję do wiadomości, że:
   * 1. w przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu **3 miesięcy**, Urząd kieruje na zwolnione stanowisko innego bezrobotnego;
     2. w przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez PUP na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu;
     3. PUP nie może przyjąć oferty pracy (stanowiącej załącznik nr 2 niniejszego wniosku), o ile pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną, a także gdy przedmiotowa oferta została w tym samym czasie zgłoszona do realizacji do innego pup na terenie kraju;
     4. PUP może nie przyjąć oferty pracy w szczególności, jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
     5. w przypadku podania we wniosku nieprawdziwych informacji Dyrektor PUP może odmówić uwzględnienia wniosku.
3. **zobowiązuję się do zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi** naliczonymi od dnia otrzymania refundacji za pierwszy miesiąc, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu **w przypadku**:
   * 1. niewywiązania się z warunków, o których mowa w punkcie 2a oraz 2b;
     2. odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy.
4. wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Skierniewicach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w art. 51 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.),

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Data, podpis i pieczęć pracodawcy |

**Załączniki do wniosku:**

1. Pracodawca organizujący prace interwencyjne prowadzący działalność gospodarczą i będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z póź. zm.) dołącza do wniosku:
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o *pomoc de minimis,* zgodnie ze wzorem dołączonym do wniosku;
3. Oświadczenie o pomocy de minimis, jakie otrzymał w ciągu minionych 3 lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie *(3 lata liczone są w następujący sposób: np. od 5 stycznia 2021 do 5 stycznia 2024r.);*
4. Informacje niezbędne do udzielenia pomocy de minimis, dotyczące w szczególności wnioskodawcy   
   i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości i przeznaczenia pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
5. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
6. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek.

|  |  |
| --- | --- |
| **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy** |  |
| **Data** |  |
| **Podpis i pieczątka** |  |

**Oświadczenie o pomocy publicznej[[4]](#footnote-4)\***

Oświadczam, że: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko oraz adres lub nazwa oraz adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Otrzymałem / otrzymałam pomoc de minimis w ciągu minionych 3 lat** | TAK | NIE |
| 2 | **Otrzymałem / otrzymałam pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis** | TAK | NIE |
| 3 | **Ciąży na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomoc** | TAK | NIE |

Jeżeli **w punkcie 1 wskazano, iż otrzymano pomoc *de minimis*** należy podać jej wartość: ………………...… euro oraz **wypełnić poniższe zestawienie**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy [EUR]** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |

**Dane osoby upoważnionej do podpisania oświadczenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data i podpis** |  |

1. **Przedsiębiorca** to każdy podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, **niezależnie od jego formy prawnej i źródeł finansowania**. Co więcej, **nie ma znaczenia, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy też nie**. Przedsiębiorcą może być więc również stowarzyszenie czy fundacja, które nie działają z zamiarem osiągania zysku. Należy podkreślić, iż przepisy prawa unijnego znajdują zastosowanie także w odniesieniu do podmiotów sektora publicznego prowadzących działalność gospodarczą, np. spółek jednostek samorządu terytorialnego, a nawet samych jednostek samorządu terytorialnego. Dlatego należy przede wszystkim wziąć pod uwagę, czy Wnioskodawca prowadzi taką działalność, która może generalnie podlegać normalnym zasadom gry rynkowej (nawet, jeśli w konkretnych warunkach motyw zysku jest wyłączony).

   **Działalność gospodarczą**, według unijnego prawa konkurencji, będzie zaś (rozumiane bardzo szeroko) oferowanie na rynku towarów bądź świadczenie na nim usług. Należy zwrócić uwagę, że zakres tego pojęcia jest szerszy niż w prawie krajowym, ponieważ działalność może mieć charakter gospodarczy, w rozumieniu unijnego prawa konkurencji, także w przypadku, gdy nie ma charakteru zarobkowego czy też nie jest prowadzona w sposób zorganizowany lub ciągły. [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. \* **Uwaga:** Pomoc o którą, wnoszę łącznie z inną pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia. [↑](#footnote-ref-4)