

.....
(pieczęć pracodawcy)

....., dnia

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w Rawie Mazowieckiej**

**WNIOSEK
O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

Podstawa prawna:

- 1) Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475).
- 2) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014r., poz. 864).
- 3) Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 215 z 07.07.2020, str. 3)

1. Nazwa pracodawcy:
.....
2. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:
.....
3. Numer identyfikacyjny nadany w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON:.....
4. Numer NIP:
5. Imię i nazwisko osób/y upoważnionych do podpisania umowy w imieniu pracodawcy:tel.:
6. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:.....
7. Liczba zatrudnionych pracowników wg stanu na dzień złożenia wniosku
8. Nazwa banku i numer konta bankowego :
.....
9. Wnioskuje/emy o skierowanie osoby/ów bezrobotnej/ych w celu zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych na okres refundacji od do.....
10. Zobowiązuję/emy się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego/ych bezrobotnego/ych po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne przez okres: 3 miesiące - przy pracach interwencyjnych zorganizowanych na okres do 6 miesięcy lub 6 miesięcy - przy pracach interwencyjnych zorganizowanych na okres do 12 miesięcy.

11. Miejsce wykonywania pracy:

.....

12. Nazwa stanowiska pracy, rodzaj wykonywanej pracy:

.....

.....

13. Wymiar czasu pracy:.....

14. Zmianowość:

15. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje:

.....

.....

16. Wysokość proponowanego wynagrodzenia:

17. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia
z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych

18. Stopa /%/ składki na ubezpieczenie wypadkowe

OŚWIADCZENIE

1. Jestem* / nie jestem* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 702).

** niepotrzebne skreślić*

2. Forma opodatkowania*

☐ karta podatkowa -

☐ księga przychodów i rozchodów -

☐ pełna księgowość -

☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych -

** proszę zaznaczyć właściwą.*

3. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom*:

☐ do ostatniego dnia miesiąca za bieżący miesiąc,

☐ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.

** proszę zaznaczyć właściwą.*

.....

/ Data, podpis i pieczęć pracodawcy/

Informacja:

Pracodawca organizujący prace interwencyjne 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) do wniosku dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 tej ustawy.

Załączniki do wniosku*:

1. Kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną:
 - 1) Umowa spółki cywilnej w przypadku spółek cywilnych,
 - 2) Powiat i jednostki powiatu, gminy i jednostki gmin zobowiązane są dostarczyć:
 - akt powołania (uchwałę o powołaniu jednostki),
 - wyciąg z aktu określającego zasady działania jednostki ze wskazaniem osobowości prawnej (wyciąg z statutu lub wyciąg z regulaminu),
 - upoważnienie osoby do zarządzania jednostką.
 - 3) Kserokopia dokumentu upoważniającego osobę, która jest uprawniona do działania w imieniu organizatora (nie dotyczy podmiotów wymienionych w pkt 2) – w przypadku udzielenia pełnomocnictwa.
 - 4) W szczególnych przypadkach koncesje lub pozwolenie na prowadzenie działalności.
2. Oświadczenia:
 - dot. stanu zatrudnienia - załącznik Nr 1
 - dot. zobowiązań podmiotu - załącznik Nr 2
 - o otrzymanej pomocy de minimis - załącznik Nr 3
 - na wykluczenie - załącznik Nr 4
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

UWAGA:

- Wnioski wypełnione nieczytelnie lub niepełne, podpisane przez nieupoważnioną osobę, bez kompletu załączników i oświadczeń **NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE.**
- W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przed podpisaniem umowy należy przedstawić zaświadczenia o braku zaległości z tytułu opłacania podatków (Urząd Skarbowy) oraz o braku zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (ZUS lub KRUS).

.....
Nazwa Pracodawcy

.....
Adres Pracodawcy

O Ś W I A D C Z E N I E dotyczące stanu zatrudnienia

Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku:

.....

Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku.

Lp.	miesiąc i rok	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ¹	Przyczyna zmniejszenia stanu zatrudnienia
1			
2			
3			
4			
5			
6			

¹ „Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy” oznacza liczbę pracowników zatrudnionych na pełnych etatach, przy czym praca w niepełnym wymiarze oraz praca sezonowa wyrażone są ułamkowymi częściami etatu.

.....
/ Data, podpis i pieczęćka pracodawcy/

.....
Nazwa Pracodawcy

.....
Adres Pracodawcy

O Ś W I A D C Z E N I E

W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Oświadczam co następuje: w dniu złożenia wniosku:

- 1) **nie zalegam / zalegam*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
- 2) **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- 3) **nie jestem / jestem *** w stanie upadłości;
- 4) **dane zawarte w składanym wniosku są zgodne z prawdą.**

** niepotrzebne skreślić*

.....
/ Data, podpis i pieczęćka pracodawcy/

.....
Pieczęćka pracodawcy

O Ś W I A D C Z E N I E o otrzymanej pomocy de minimis

W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Oświadczam, że:

- 1) w okresie 3 lat **korzystałem / nie korzystałem*** z pomocy de minimis.

W okresie 3 minionych lat do dnia (podać dzień złożenia wniosku) otrzymałem/am pomoc de minimis w wysokości bruttozł, co w przeliczeniu stanowieuro.

- 2) **korzystałem / nie korzystałem*** z innej pomocy publicznej **dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych.**

W przypadku korzystania z pomocy de minimis proszę dołączyć kserokopie wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis z ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy.

Oryginały zaświadczeń należy przedłożyć do wglądu.

.....
/ Data, podpis i pieczęćka pracodawcy/

* *niepotrzebne skreślić*

Podmiot składający oświadczenie:

.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE PODMIOTU/OSOBY FIZYCZNEJ

ubiegającego się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046

Na potrzeby rozpatrzenia wniosku z dnia w sprawie, oświadczam, że nie zachodzą wobec mnie/reprezentowanej przeze mnie osoby prawnej¹ podstawy uniemożliwiające udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na podstawie art. 51 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(Podpis(y) osoby/osób upoważnionej (ych))

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(Podpis(y) osoby/osób upoważnionej (ych))

¹ Niepotrzebne skreślić