Pieczęć firmowa pracodawcy

Hrubieszów dnia ...................................

**Wniosek**

**o organizację prac interwencyjnych**

***dla pracodawców podlegających przepisom ustawy o postępowaniu   
w sprawach dotyczących pomocy publicznej***

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2025r., poz. 214)
2. Rozporządzenie MPiPS z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. 2014, poz. 864 z późn. zm.)
3. Rozporządzenie Komisji (UE) 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 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, z późn. zm.);

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** |

1. Nazwa zakładu pracy .………………..…............................................................................

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

1. Adres siedziby ..................................................................................................................

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

1. Miejsce prowadzenia działalności .....................................................................................

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

1. Telefon ..............................................................................................................................
2. E-mail ..............................................................................................................................
3. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ........................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. Nr KRS …………………………………………………………………………………………….
5. Data rozpoczęcia działalności ..........................................................................................
6. REGON ..................................................... NIP ……………..............................................

PKD ................................................

1. Numer rachunku bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe .........................................................
2. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umowy   
   o prace interwencyjne ………………………………………………………………………

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

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH** |

1. Liczba bezrobotnych, dla których planuje się zorganizowanie prac interwencyjnych ..................................................................................................................................
2. Proszę podać jakie muszą spełniać wymagania oraz posiadać kwalifikacje osoby przewidziane do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

| Nazwa stanowiska pracy | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje dla skierowanych bezrobotnych | Liczba osób | Wymiar czasu pracy |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Miejsce i rodzaj prac które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Wysokość wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych ......................................... zł
3. Wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych – .........................................................zł miesięcznie   
   i składki na ubezpieczenia społeczne od tej kwoty.
4. Przewidywany okres zatrudnienia bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych:

od ............................................................. do ..................................................................

* ***W przypadku 6 miesięcznego okresu refundacji Pracodawca jest zobowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po upływie przysługiwania refundacji części wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne przez okres 3 miesięcy***
* ***W przypadku 12 miesięcznego okresu refundacji Pracodawca jest zobowiązany do dalszego zatrudnienia skierowanego bezrobotnego po upływie przysługiwania refundacji części wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne przez okres 6 miesięcy***

1. Proszę podać liczbę osób, które zostaną zatrudnione po zakończeniu prac interwencyjnych:

      na czas określony: ........................... miesięcy ........................ osób

      na czas nieokreślony: ................................ osób

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

( miejscowość, data ) ( podpis i pieczątka wnioskodawcy )

|  |
| --- |
| **WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU** |

* 1. Oświadczenie Pracodawcy o uzyskanej pomocy de minimis (załącznik nr 1)
  2. Oświadczenie o niezaleganiu w opłatach (załącznik nr 2)
  3. Oświadczenie wnioskodawcy oraz podmiotów z nim powiązanych o zastosowaniu środków sankcyjnych 9 (załącznik nr 3)
  4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

***Załącznik nr 1***

Hrubieszów ................................................

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że .........................................................................................................

/pełna nazwa/

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

w ciągu trzech minionych lat\*\* **otrzymałam/em / nie otrzymałam/em \*** pomoc de minimis, pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w rybołówstwie

\* niepotrzebne skreślić

\*\* okres 3 lat wstecz należy określić w sposób ciągły liczony od dnia złożenia wniosku

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok i poprzedzające go dwa lata podatkowe **otrzymałem / nie otrzymałem\***pomocy de minimis, pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w rybołówstwie \*\*\*

\*\*\* oświadcza producent rolny

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

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

***/pieczątka i podpis osób***

***uprawnionych do reprezentowania***

***Załącznik Nr 2***

Hrubieszów dnia ...............................

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

|  |
| --- |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. |
| 1. Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację. |
| 1. Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz z opłacaniem w terminie innych danin publicznych. |
| 1. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych. |
| 1. Oświadczam, że skierowany bezrobotny otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom. |

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

/podpis i pieczątka osoby upoważnionej/

***Załącznik nr 3***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**ORAZ PODMIOTÓW Z NIMI POWIĄZANYCH O ZASTOSOWANIU ŚRODKÓW SANKCYJNYCH**

W związku ze złożeniem wniosku o organizację prac interwencyjnych ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………………………… oświadczam, że w stosunku do mnie i firmy:……………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………...... adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… NIP: …………………………………………. REGON: ……………………… nie zastosowano/ zastosowano środki sankcyjne, nie jestem/ jestem bezpośrednio lub pośrednio powiązany/a z ww. podmiotami o których mowa w ustawie z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 poz. 129 ze zm).

…………………………………………….

Data podpis i pieczątka