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

|  |
| --- |
| /miejscowość, dnia/  |

 |  |
| /pieczątka pracodawcy/ |  |

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

**Wniosek o organizację prac interwencyjnych**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).
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.).
5. **Podstawowe informacje o pracodawcy**
	1. Pełna nazwa pracodawcy: ……………………………………………………………………………………………………

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

* 1. Adres siedziby pracodawcy: ………………………………………………………………………………………………….

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

* 1. Numer telefonu, e-mail: ………………………………………………………………………………………………………
	2. Miejsce prowadzenia działalności: ………………………………………………………………………………………….
	3. Adres do e-Doręczeń…………………………………………………………………………………………………………..
	4. 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. Proponowany okres refundacji /od 3 do 12 m-cy/: ………………………………………………………………………
	3. Wnioskowana miesięczna kwota refundacji ………………….złotych oraz składki na ubezpieczenie społeczne w wysokości …………………

Łączna miesięczna kwota refundacji ……………………………złotych.

/kwota refundacji to część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdego bezrobotnego, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca/.

* 1. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom i opłacania składek do ZUS (zaznaczyć właściwe znakiem X):

|  |  |
| --- | --- |
|  | nie później niż w ostatnim dniu miesiąca, za które jest należne, z płatnością składek do ZUS w terminie do 20 -go dnia następnego miesiąca, |
|  | nie później niż do 10-go dnia następnego miesiąca kalendarzowego, z płatnością składek do ZUS w terminie do 20 -go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypłacono wynagrodzenie |
|  | nie później niż do 10-go dnia następnego miesiąca kalendarzowego, z płatnością składek do ZUS w terminie do 20 -go dnia miesiąca, w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia |

* 1. Proponowane wynagrodzenie brutto /w złotych/…………………..
	2. 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: /jedna, dwie, trzy zmiany/, godziny pracy**  |  |
| **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: : /jedna, dwie, trzy zmiany/,****godziny pracy** |  |
| **Niezbędne / pożądane kwalifikacje zawodowe** | **Poziom wykształcenia** |  |
| **Zawód wyuczony/****kierunek** |  |
| **Dodatkowe uprawnienia i umiejętności zawodowe** |  |

1. **Oświadczenie pracodawcy:**
	1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
	2. Nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości.
	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. Prowadzę działalność gospodarczą / nie prowadzę działalności gospodarczej**[[1]](#footnote-1)**,**[[2]](#footnote-2)** w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
	5. Podlegam / nie podlegam**2** przepisom ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r., poz. 468).
	6. Dotyczy / nie dotyczy**2** mnie sytuacja określona z art. 116 ust. 6 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620). W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych art. 116 ust. 6 należy podać datę:…………………….
	7. Nie mogę otrzymać finansowania formy pomocy z Funduszu Pracy w części, w której te same koszty zostały sfinansowane z innych środków publicznych. W przypadku sfinansowania z Funduszu Pracy tych samych kosztów, na które zostały przekazane inne środki publiczne, środki z Funduszu Pracy podlegają zwrotowi w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do ich zwrotu. Zwrot środków następuje z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych naliczonymi od dnia przekazania środków (art. 79 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620)
	8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojej firmy dla celów wynikających z ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).

………………………………………….

Data, podpis i pieczęć pracodawcy

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

* 1. **Byłem / nie byłem2** w okresie ostatnich2 lat 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 1997 r. – Kodeks karny, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
	2. Nie zalegam z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (w przypadku obowiązku do ich opłacania).
	3. Nie zalegam z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
	4. Nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………. |  |  |
| 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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia art. 135 ust. 1 (Dz. U. z 2025 r., poz. 620) **w kwestii refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdego bezrobotnego, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca** oraz art. 116 ust. 6 w/w ustawy **w kwestii przerwania stażu przez Urząd Pracy z powodu niezrealizowania przez Organizatora programu stażu lub niedotrzymania warunków jego odbywania oraz w przypadku przerwania przez Organizatora stażu bez uzasadnionej przyczyny.**
		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.).
	2. 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 okres od 3 do 12 miesięcy**;
		2. **dalszego utrzymania w zatrudnieniu** skierowanych bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy **po zakończeniu okresu przysługiwania refundacji, przez połowę okresu za jaki przysługiwała,**
		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.
	3. przyjmuję do wiadomości, że:
		1. w przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 albo art. 53 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu **o którym mowa w pkt. 2 lit. b)**, 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. w przypadku podania we wniosku nieprawdziwych informacji Dyrektor PUP może odmówić uwzględnienia wniosku.
	4. **zobowiązuję się do zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi** naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, 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.
	5. 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. 135 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ………………………………………….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 2025, poz. 468) dołącza do wniosku:
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o *pomoc de minimis,* zgodnie ze wzorem dołączonym do wniosku;
3. Wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w okresie wskazanym odpowiednio w art. 3 ust. 2 rozporządzenia 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), art. 3 ust. 2 rozporządzenia 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, Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1, Dz. Urz. UE L 275 z 25.10.2022, str. 55 oraz Dz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023) albo art. 3 ust. 2 rozporządzenia 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, Dz. Urz. UE L 414 z 09.12.2020, str. 15, Dz. Urz. UE L 326 z 21.12.2022, str. 8 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023) albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
4. Informacje, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 2 albo ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
5. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
6. Oświadczenie osób reprezentujących / zarządzających.

**Na podstawie Raportu z KAS i Raportu ZUS U7n zweryfikowano brak zaległości w składkach na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz w podatkach na dzień ………………………………...**

**…………………………………………………**

**(podpis i pieczątka pracownika urzędu)**

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

**Oświadczenie o pomocy publicznej[[3]](#footnote-3)\***

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** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **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. \* **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-3)