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

 Pieczęć wnioskodawcy Miejscowość i data

## WNIOSEK

**w sprawie zawarcia umowy o organizowanie prac interwencyjnych**

1. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**
2. **Nazwa Wnioskodawcy**

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

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

1. **Adres siedziby**

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

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

1. **Miejsce prowadzenia działalności**

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

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

1. **Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności** ……………………………………………..…….
2. **Data rozpoczęcia działalności** …………………………………………..…..………………………………..
3. **PKD (przeważające)** …………………………………………..……...……………………………………….
4. **NIP** ………………………………………… **REGON** ……………………………………………………….
5. **PESE**L\*………………………………………………………………………………………………………...
6. **Aktualny stan zatrudnienia** - ogółem liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

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

1. **Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe** ……..……..………………………….
2. **Termin dokonywania wypłat wynagrodzeń pracownikom** (wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne) …..…………………………………………………………………………………………………

\*dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą

1. **Numer rachunku bankowego**…………………………………………………………………………………
2. **Osoba upoważniona do kontaktu z Urzędem**

imię i nazwisko .………………..………………………………………………………………………………

nr telefonu………………..……………………………………………….……………………………………

e-mail ………………..…………………………………………………………………………………………

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA**
2. **Wnioskowana liczba bezrobotnych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy**………………..…
3. **Osoba bezrobotna (osoby bezrobotne) zostanie (zostaną) zatrudniona (zatrudnione) w okresie
od** ……………………….….….….. **do** …………………….……….….. **w pełnym wymiarze czasu pracy**.
4. **Proponowane wynagrodzenie**………………………………………………………………………………...
5. **Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego**.......................................................................................................
6. **Nazwa zawodu i kod zawodu** zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

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

**6. Adres miejsca pracy skierowanego bezrobotnego (skierowanych bezrobotnych), rodzaj pracy oraz nazwa stanowiska**

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

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

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

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

**7. Dodatkowe miejsca wykonywania pracy**

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

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

**8. Wymagane kwalifikacje, w tym poziom i kierunek wykształcenia**

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

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

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

**9. Dane osoby bezrobotnej proponowanej do zatrudnienia (data urodzenia):**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………..

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**
2. Moja firma **nie jest/jest\*** w stanie likwidacji lub upadłości;
3. W okresie do 365 dni przed zgłoszeniem wniosku **nie zostałem/zostałem**\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **nie jestem/jestem**\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
4. W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskałem / uzyskałem\*** innej pomocy
niż pomoc *de minimis* (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się / kumuluje się\*** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą *de minimis* należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc *de minimis* lub pomoc *de minimis*
w rolnictwie lub rybołówstwie;
5. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki rozporządzenia 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 15.12.2023r.);
6. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki rozporządzenia (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. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023);
7. ***Spełniam / nie spełniam \**** warunki rozporządzenia komisji (UE) nr 717/214 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. UE L 326 z 21.12.2022, str. 8 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023)
8. Oświadczam o **istnieniu / braku\*** bezpośrednich lub pośrednich powiązań z podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną MSWiA zgodnie z Ustawą z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego;
9. **Zalegam / nie zalegam\*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych;
10. **Zalegam / nie zalegam z opłacaniem podatków oraz posiadam/ nie posiadam innych zobowiązań finansowych wobec Urzędu Skarbowego.**
11. **Zalegam / nie zalegam\*** z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
12. **Zalegam / nie zalegam\*** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
13. **Zalegam / nie zalegam\*** z opłacaniem innych danin publicznych.
14. Oświadczam, **że podlegam / nie podlegam\*** ubezpieczeniu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia

Społecznego. **Posiadam / nie posiadam\*** zaległości w opłacaniu składek;

1. **Oświadczam/(y),** że osoby reprezentujące podmiot okresie ostatnich 2 lat **były / nie były** prawomocnie skazane 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, 1228, 1907 i 1965), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

*\*zakreślić odpowiednie*

Zapoznałam/łem się z powyższymi informacjami i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia, powoduje obowiązek 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 starosty.

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

 Miejscowość i data podpis i pieczęć Wnioskodawcy

**WAŻNE**

**Dofinansowanie jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.**

**Zastosowanie mają:**

* 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 15.12.2023r. ) *lub*
* 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 Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1, Dz. Urz. UE L 275
z 25.10.2022, str. 55 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023)
* rozporządzenie komisji (UE) nr 717/214 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. UE L 326 z 21.12.2022, str. 8 oraz Dz. Urz. UE L 2023/2391 z 05.10.2023)
* ustawa z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

**Informacja dotycząca refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego bezrobotnego, w ramach organizowanych prac interwencyjnych**

Na podstawie art. 135 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia Starosta na podstawie zawartej umowy zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy na okres od 3 do 12 miesięcy skierowanych bezrobotnych, część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia 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. Refundacja ww. kosztów przysługuje przez okres od 3 do 12 miesięcy.
2. Bezrobotny może być skierowany do prac interwencyjnych do przedsiębiorcy niezatrudniającego pracownika na zasadach przewidzianych dla pracowników.
3. Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, bierze pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.
4. Pracodawca jest zobowiązany do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego przez połowę okresu, przez który przysługiwała refundacja.
5. Niewywiązanie się z warunku, o którym mowa powyżej lub naruszenie innych istotnych warunków umowy wiąże się ze zwrotem uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
6. 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 albo wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu o którym mowa w ust. 4, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy odpowiedniego bezrobotnego.
7. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
8. 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.
9. Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni, bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac lub robót u danego pracodawcy.

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

 Miejscowość i data podpis i pieczęć Wnioskodawcy

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Wydruk z CEiDG lub KRS.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy/przedsiębiorcy
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o *pomoc de minimis*
5. Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy *de minimis*
6. Wypełnione zgłoszenie krajowej oferty pracy
7. Załącznik nr 1

Załącznik nr 1

Ruda Śląska, dnia ………………………………………….

……………………………………………………………………….…

imię i nazwisko

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 str. 1) zostałam(em) poinformowana(y), że:

1. Administratorem danych osobowych jest dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Rudzie Śląskiej przy ul. Ballestremów 16.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@rudaslaska.praca.gov.pl.
3. Dane osobowe przetwarzane będą w związku ze złożonym wnioskiem, czyli w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U z 2025 r. poz. 620) - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub stosunków umownych.
5. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
6. Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia (po upływie prawnego okresu ich przechowywania) lub ograniczenia przetwarzania (po upływie prawnego okresu ich przechowywania), prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
7. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem ustawy z dn. 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U z 2025 r. poz. 620) jest obligatoryjne. Pozostałe dane zostały przekazane dobrowolnie, jednakże brak ich podania uniemożliwia rozpatrzenie wniosku.
9. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie.

……………………………………………………………………….…

 podpis

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY *de minimis***

Oświadczam, iż zgodnie z Rozporządzeniem 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

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

*(pełna nazwa Wnioskodawcy)*

/należy wypełnić obie tabele/

|  |
| --- |
| * w ciągu ostatnich trzech lat **otrzymał/a** pomoc de minimis o wartości ………………… PLN stanowiącą

 równowartość …………………… EURO,* w ciągu ostatnich trzech lat **nie otrzymał/a** pomocy de minimis.
 |
| * w ciągu ostatnich trzech lat **otrzymał/a** pomoc de minimis w rolnictwie o wartości ………………… PLN stanowiącą równowartość ……………… EURO,

 * w ciągu ostatnich trzech lat **otrzymał/a** pomoc de minimis w rybołówstwie i akwakulturze o wartości ……………… PLN stanowiącą równowartość ………………… EURO,

 * w ciągu ostatnich trzech lat **nie otrzymał/a** pomocy de minimis w rolnictwie,
* w ciągu ostatnich trzech lat **nie otrzymał/a** pomocy de minimis w rybołówstwie i akwakulturze.
 |

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

 (podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osób (data i miejscowość)

 upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy)