# ..................................................................... ............................................................................

*Pieczęć Wnioskodawcy miejscowość, data*

# POWIATOWY URZĄD PRACY

# W BIŁGORAJU

**WNIOSEK
o organizację prac interwencyjnych**

*(obowiązuje od czerwca 2025)*

Podstawa prawna:

1. ustawa z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620): art. 135. art. 138, art. 139;
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

(Dz.U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.)

1. Rozporządzenia Komisji KE 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 roku 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).
2. Pełna nazwa pracodawcy lub przedsiębiorcy: ………...........……………………………………………….……. ……………...………………………………………………………………………………...………………..……....
3. Adres siedziby: ……………….………………….…..………………………….………………..………................

nr tel. ……………………………...……..., e-mail: ……………..............................………………………..…....

1. Miejsce prowadzenia działalność: …….………….…………..…………………………………..…………...…...

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

1. Adres do korespondencji: …………….………….………..……………………………………………..…….......
2. Numer NIP: \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ Numer REGON: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
3. Numer KRS (*o ile dotyczy*): \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ PKD: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
4. Forma organizacyjno–prawna prowadzonej działalności: ……......…………………….……………………… …………………………………………………………………………………………………………........…………
5. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe ……...…..….%
6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: …………………………………............………………………..

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

1. Imiona i nazwiska osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy, stanowisko, nr kontaktowy:

Pan/i ……………………………………….....………………….., tel. ………....................……………...

Pan/i ……………………………………….....………………….., tel. ………....................……………...

Osoba do kontaktów z PUP: …………………….....………………….., tel. ……….....................…….

1. Liczba *z*atrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……..........…..….
2. Termin wypłaty wynagrodzeń:
* do ostatniego dnia miesiąca za bieżący miesiąc,
* do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,
* Inny: ……………………………………………………………………… .
1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: ……………….
2. Proponowany okres zatrudnienia osób skierowanych w ramach prac interwencyjnych ( 9 miesięcy\*):

od ……………………………....…....………………… do ……………………….........…………………………

1. Informacje dotyczące stanowisk pracy, na których zostaną zatrudnione osoby skierowane w ramach prac interwencyjnych (*zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności wprowadzonej rozporządzeniem MPiPS z dnia 24.02.2014 r. (*Dz.U. 2024 poz. 1372*) oraz na stronie internetowej:* [*http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow zawodow*](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow%20zawodow))

1. Nazwa zawodu ………………………………………………………...……......

Kod zawodu: ……………….……………………………….…

Nazwa stanowiska pracy ............................................................................................

Rodzaj wykonywanych prac: ……………………………………………………...……………

………………………………………………………...…………

…………………………………………………...………………

Liczba miejsc pracy: …………

Niezbędny/pożądany *(niepotrzebne skreślić)* kwalifikacje w tym poziom i rodzaj wykształcenia: …………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

Uprawnienia: …………………………………………………...………………

Umiejętności: …………………………………………………...………………

Staż pracy: …………………………………………….……….

2. Nazwa zawodu

……………………………………………………….........……

Kod zawodu: …….………………………….…………………

Nazwa stanowiska pracy ............................................................................................

Rodzaj wykonywanych prac: ……………………………………………………...……………

………………………………………………………...…………

…………………………………………………...………………

Liczba miejsc pracy: …………

Niezbędny/pożądany *(niepotrzebne skreślić)* kwalifikacje w tym poziom i rodzaj wykształcenia: …………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

…………………………………………………...………………

Uprawnienia: …………………………………………………...………………

Umiejętności: …………………………………………………...………………

Staż pracy: ……………………………………………….…….

Miejsce wykonywania pracy: …………………….……..….....……………...………......……………...….…..………….....

Godziny świadczenia pracy przez osoby skierowane: ………………………………………….

Ilość zmian: ……………… Wymiar czasu pracy: ………………………………………..………

1. Proponowana wysokość wynagrodzenia dla skierowanych osób: …..………………………… zł.
2. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych osób: ……………………………….................................……
3. W przypadku braku w rejestrze tut. urzędu osób o wskazanych we wniosku kwalifikacjach oraz w przypadku stanowisk wymagających dodatkowych uprawnień, wnioskodawca zobowiązuje się do przeszkolenia
we własnym zakresie zatrudnionych w ramach wnioskowanej refundacji.

\* maksymalny okres refundacji wynikający z planowanej kwoty FP na 2025 rok.

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

* nie prowadzę działalności gospodarczej, nie jestem przedsiębiorcą publicznym ani też beneficjentem pomocy, a udzielona pomoc jest wsparciem dla pracodawcy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 702 z późn.zm.)\*,
* jestem beneficjentem pomocy i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy *de minimis* oraz nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem\*.

***\*\* Uwaga:*** za działalność gospodarczą, w rozumieniu prawa wspólnotowego, uznaje się oferowanie na rynku towarów bądź świadczenie na nim usług, a przedsiębiorcą jest podmiot zaangażowany w działalność gospodarczą, niezależnie od jego formy prawnej i źródeł jego finansowania, nie ma znaczenia fakt, że jest to podmiot nie nastawiony na zysk (non-profit organisation). Należy zatem wziąć pod uwagę, czy beneficjent wsparcia prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu prawa wspólnotowego (nawet jeśli w konkretnych warunkach motyw zysku jest wyłączony), i czy może generalnie podlegać normalnym zasadom gry rynkowej, a więc, czy analizowana działalność może być wykonywana przez inny podmiot generując zysk.

1. **Zalegam / nie zalegam\*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom oraz z zapłatąnależnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy, i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
2. **Zalegam / nie zalegam\*** z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
3. **Zalegam / nie zalegam\*** z zapłatą innych danin publicznych;
4. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku:
	* **zostałem / nie zostałem\*** prawomocnie skazany/a za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń,
	* **zostałem / nie zostałem\*** skazany/a za przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym
	* **zostałem / nie zostałem\*** skazany/a za 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),
	* **zostałem / nie zostałem\*** skazany/a za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024r. poz.628 z późn. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
5. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Biłgoraju, otrzymam pomoc de minimis (*dotyczy beneficjentów pomocy*).
6. **Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\*** decyzję(i) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
7. Przyjmuję do wiadomości, że Staroście Biłgorajskiemu, za pośrednictwem Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Biłgoraju przysługuje prawo do weryfikacji wiarygodności danych zamieszczonych we wniosku oraz zobowiązuję się na wezwanie przedłożyć niezbędne dokumenty lub oświadczenia.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Biłgoraju dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)  2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. 2019r., poz. 1781).
9. Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/am się z treścią klauzul informacyjnych Powiatowego Urzędu Pracy w Biłgoraju (dostępnych na tablicach informacyjnych Urzędu, oraz na stronie internetowej pod adresem: <https://bilgoraj.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>), w tym przysługujących mi prawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, które przekazuję świadomie i dobrowolnie.

*\*niewłaściwe skreślić*

 ***„ Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia.”***

Miejscowość ……………………………….; dnia ………...……… 2025 r. ............................................................................

*(Podpis osoby reprezentującej Wnioskodawcę lub*

 *osoby zarządzającej Wnioskodawcą)*

**Załączniki do wniosku:**

1. aktualny dokument potwierdzający prawną formę funkcjonowania Wnioskodawcy, tj.:
	* umowa spółki (w przypadku spółek cywilnych),
	* statut lub inny dokument określający zasady funkcjonowania Wnioskodawcy (w przypadku osób prawnych);
2. Deklaracja ZUS DRA za ostatni miesiąc rozliczeniowy;
3. Załącznik Nr 1 - oświadczenie o pomocy de minimis (dotyczy beneficjenta pomocy);
4. Załącznik Nr 2 –oświadczenie dotyczące zakazu wsparcia w związku z działaniami Federacji Rosyjskiej
5. Załącznik Nr 3 - ***Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis*** (dotyczy beneficjenta pomocy).

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność
z oryginałem przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną. Natomiast pełnomocnictwo
do reprezentowania Wnioskodawcy należy przedłożyć do wglądu w oryginale lub kopii uwierzytelnionej przez notariusza.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PUP** |
| **DOSTĘPNE ŚRODKI:*** Fundusz Pracy
* inne:

…………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………...… |
| **Ocena pośrednika pracy dotycząca informacji zawartych w punkcie 14 wniosku:** |
| Informacje dotyczące stanowisk pracy, na których zostaną zatrudnione osoby skierowane w ramach prac interwencyjnych zostały opisane zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności. *…………..……………………………………..* *(data i pieczątka imienna wraz z podpisem* ***pośrednika pracy****)* |
| **Opinia pośrednika pracy o możliwości skierowania osób na opisane wyżej stanowiska pracy utworzone w ramach prac interwencyjnych**: |
| Na dzień dzisiejszy w ewidencji osób bezrobotnych figurują / nie figurują\* osoby spełniające wymogi pracodawców określone w przedłożonym wniosku – biorąc pod uwagę w/w dostępne środki. 1. Imię i nazwisko, PESEL osoby kierowanej: …………………………………………………………………………………... Cechy osoby: ………………………………………………………………………………………………………………………  …………..…………………………………….. *(data i pieczątka imienna wraz z podpisem* ***pośrednika pracy****)* 2. Imię i nazwisko, PESEL osoby kierowanej: …………………………………………………………………………………... Cechy osoby: ………………………………………………………………………………………………………………………  …………..…………………………………….. *(data i pieczątka imienna wraz z podpisem* ***pośrednika pracy****)* |
| **Wstępne badania lekarskie oraz wstępne szkolenie BHP i P. Poż** |
| **Orzeczenie lekarskie nr** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_przedłożono do wglądu dniu \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ r.**Kartę szkolenia wstępnego w dziedzinie BHP i P. Poż** przedłożono do wglądu dniu \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ r. *…………..……………………………………..* *(pieczątka imienna wraz z podpisem****pracownika merytorycznego)*** |
| **Miejsce prowadzenia działalności inne niż wskazane w CEIDG lub KRS** |
| W dniu \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ r. przedłożono do wglądu tytuł prawny, tj.: umowę najmu / umowę dzierżawy / umowę użyczenia lub akt własności\*, pokrywający się z okresem na jaki zostanie zawarta umowa lub porozumienie. *…………..……………………………………..* *(pieczątka imienna wraz z podpisem****pracownika merytorycznego*** |

\* Niepotrzebne skreślić **Załącznik Nr 1 do wniosku**

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

**Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 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)**

**Ja, niżej podpisany/a** …………………………………………………...…………………………………………..

**reprezentujący/a**

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

/oznaczenie podmiotu, pełna nazwa, adres, NIP/

***Oświadczam, że:***

1. w okresie minionych trzech lat uzyskałem / nie uzyskałem pomoc de minimis w łącznej wysokości:

........................................ zł .....................................euro,

1. w okresie minionych trzech lat uzyskałem / nie uzyskałem pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w łącznej wysokości:

........................................ zł .....................................euro,

***\*niepotrzebne skreślić***

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

………………………………… ……………………………………………….

 *Miejscowość i data (podpis Wnioskodawcy)*

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PUP** |
| Oświadczenie jest zgodne / niezgodne\* z danymi zawartymi w aplikacji Shrimp2.*…………………………………. ……………………………………..* *(data weryfikacji) (pieczątka imienna wraz z podpisem* *pracownika merytorycznego)* |

\* Niepotrzebne skreślić