…………………………………………………. ***znak sprawy: CI.5130.……………..…….2025***

**(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)**

Powiatowy Urząd Pracy

w Jeleniej Górze

# W N I O S E K

**o organizację i finansowanie prac interwencyjnych**

pracodawcy ubiegającego się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu   
w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025r. poz. 468)

□ TAK *(wstawić x )*

□ NIE *(wstawić x )*

Podstawa prawna:

Art. 135- 139 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tj. Dz. U. z 2025r. poz. 620)

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa  pracodawcy |  | | | |
| Adres siedziby |  | | | |
| Adres miejsca prowadzenia działalności |  | | | |
| Adres do korespondencji |  | | | Posiadam adres do e-doręczeń  □ TAK □ NIE |
| Forma organizacyjno – prawna podmiotu |  | | | |
| Tel. | | E- mail: | | |
| NIP: | REGON: | | PKD (związane z wnioskowanym stanowiskiem pracy) | |
| Aktualna stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe |  | | | |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego wnioskodawcy – do dokonania refundacji:  ……………………………………………………………………………………………………….. | | | | |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu  z Urzędem – numer telefonu |  | | | |
| Dane osoby umocowanej do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy oraz do jego reprezentacji  - Imię i nazwisko  - stanowisko  - tel. kontaktowy |  | | | |

*Uwaga:*

*-w przypadku większej liczby wspólników wymagane dane osobowe pozostałych wspólników dołączyć na osobnej kartce*

1. **INFORMACJA DOT. ZATRUDNIENIA U WNIOSKODAWCY**
2. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu składania wniosku:

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia ogółem** | **Liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełny etat** |
|  |  |

*\*) do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, osoby zatrudnione w ramach umów cywilnoprawnych   
(umowa zlecenie, umowa o dzieło),*

1. Wypłata wynagrodzenia następuje (zaznaczyć odpowiednio):

□ w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

□ w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH.**
2. **Wnioskowana liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w ramach prac interwencyjnych - …………………………..…….**
3. **Wnioskowany okres refundacji - ………………………………..m-cy**

**(od 3 do 12 m-cy)**

1. **Obligatoryjny okres zatrudnienia po okresie refundacji - ……………………….……….m-cy**

**UWAGA:**

**Pracodawca jest zobowiązany do zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji oraz   
przez co najmniej połowę okresu przysługiwania refundacji, po jej zakończeniu.**

**Wnioskowana kwota refundacji wynagrodzenia : ………………….…. zł./ m-c/ osobę**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **STANOWISKO** |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| Nazwa zawodu |  |
| Kod zawodu  (wg klasyfikacji zawodów i specjalności) \*) |  |
| Miejsce / adres wykonywania prac interwencyjnych |  |
| Rodzaj prac które będą wykonywane na stanowisku pracy |  |
| System i rozkład czasu pracy: | Zmianowość ………………………………..………………….  Godziny pracy (od – do) …………………………….……  Dni tygodnia ………………………………………………….. |
| Niezbędne lub pożądane kwalifikacje osób bezrobotnych | Poziom wykształcenia: |
| Kierunek wykształcenia: |
| Doświadczenie zawodowe: |
| Uprawnienia/ kwalifikacje: |
| wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto / m-c/ osobę |  |

\* klasyfikacja zawodów dostępna na stronie internetowej:

<http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

*UWAGA:*

*W przypadku wnioskowania o kilka stanowisk pracy w różnych zawodach i specjalnościach należy złożyć dla każdego stanowiska pracy odrębnie powyższą tabelę*

1. **OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. **Podmiot, który reprezentuję:**
2. **nie zalega / zalega \*)** 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 oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
3. **nie zalega / zalega \*)** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
4. **nie zalega / zalega \*)** z opłacaniem innych danin publicznych**,**
5. **ubiega się / nie ubiega się\*) o wsparcie w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej**  w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U. z 2025 poz. 468),
6. **spełnia / nie spełnia\*)  warunki** określone w (*dot. podmiotów które w punkcie d) udzieliły odpowiedzi twierdzącej - wstawić X w odpowiednim wierszu* )

□ rozporządzeniu komisji (UE) Nr 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) lub

□ rozporządzeniu komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku 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.)

□ rozporządzeniu komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 roku 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.)

1. **posiada** wszystkie niezbędne koncesje, pozwolenia, certyfikaty lub inne wpisy do stosownych rejestrów wymaganych ze względu na profil prowadzonej działalności,
2. **nie znajduję się /znajduję się\*)** w stanie likwidacji lub upadłości, nie toczy się w stosunku do niego postępowanie upadłościowe i likwidacyjne oraz nie został złożony wniosek o otwarcie postępowania likwidacyjnego lub upadłościowego.
3. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jeleniej Górze zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku, mający wpływ na rozpatrzenie wniosku i ewentualne zawarcie umowy.
4. **Deklaruję, że po zakończeniu okresów wskazanych w części III pkt 2-3 wniosku będę kontynuował zatrudnienie osób objętych programem, na okres co najmniej 90 dni.**
5. Wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku, złożone oświadczenia oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadomy / a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data …………………..…….. ……………………………………………………………

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE OSÓB REPREZENTUJĄCYCH PODMIOT UBIEGAJĄCY SIĘ O ORGANIZACJĘ  PRAC INTERWENCYJNYCH LUB OSÓB NIM ZARZĄDZAJĄCYCH**  **Oświadczenia składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot i osoby nim zarządzające** | |
| Ja, niżej podpisany/a | imię i nazwisko |
| reprezentujący/a | nazwa podmiotu, NIP |
| ubiegający/a się o organizację prac interwencyjnych   1. **oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem/am prawomocnie skazany/a za:**    1. przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń,    2. przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów,    3. przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym,    4. przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy  z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025r. poz. 383),    5. przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2025r. poz. 633),    6. ani za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego. 2. **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**   ………………………………. ……………………………………………………………………..  (miejscowość, data) (podpis osoby składającej oświadczenie) | |

**Ponadto przyjmuję do wiadomości**, że:

* Starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy odpowiedniego bezrobotnego (w trakcie okresu objętego refundacją oraz po okresie refundacji, w okresie trwania umowy) tylko w przypadku:

- rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego,

- rozwiązania z bezrobotny umowy o pracę na podstawie art. 52 albo art. 53 kodeksu pracy albo

- wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego.

* 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.

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.

* Refundacja przysługuje w kwocie określonej w umowie, nie większej jednak niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdego bezrobotnego, obowiązująca w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca.
* Dofinansowanie wynagrodzenia jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.
* Zgodnie z art. 80 ust. 1 ww. ustawy: *PUP publikuje na stronie internetowej urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy w ramach form wsparcia.*

Oświadczam, że zapoznałem / am się z treścią powyższej informacji oraz z informacją o ochronie danych osobowych dostępną na stronie internetowej Urzędu <https://jeleniagora.praca.gov.pl>

Data …………………… …………………………………………………………..

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

*\*) – niepotrzebne skreślić*

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. W przypadku wnioskodawcy nieposiadającego wpisu do CEIDG lub KRS – kserokopia aktualnego dokumentu poświadczającego status prawny pracodawcy np. statut, umowa spółki, akt założycielski lub inne.
2. **Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**(zał. 2) – *dot. podmiotów ubiegających się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025r. poz. 468).*
3. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (zał.1) – *dot. podmiotów   
    o których mowa w punkcie 2.*
4. Dokumenty poświadczające prawo do lokalu, w którym ma być zatrudniona skierowana osoba bezrobotna– w sytuacji, gdy dokumenty rejestracyjne firmy na dzień składania wniosku nie uwzględniają jeszcze powyższej lokalizacji.

5. **Druk zgłoszenia wolnego miejsca pracy** (zał. nr 3).

6.Dokument dotyczący posiadanych umocowań do składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy – o ile nie wynikają one z dokumentów, o których mowa w pkt 1.

7. Oświadczenie w zakresie podstaw wykluczenia podmiotu w oparciu o ustawę z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego   
(Dz.U. z 2025r., poz. 514).

8. **Inne dokumenty – jeżeli wymaga tego charakter prowadzonej działalności gospodarczej.**

*UWAGA:*

* *Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny, a wszystkie wyznaczone pola uzupełnione*
* *Kopie załączonych do wniosku dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną*
* *Powiatowy Urząd Pracy zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów, nie wymienionych w powyższych załącznikach, pozwalających na rozstrzygnięcie ewentualnych wątpliwości niezbędnych do rozpatrzenia niniejszego wniosku.*

Informacja:

Zgodnie z art. 73 ust. 4 ww. ustawy korzystający z form pomocy określonych w ustawie mają możliwość dokonania anonimowej ewaluacji w zakresie satysfakcji, jakości i trafności zaoferowanej pomocy.