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

(miejscowość, data)

***……………………………….***

(pieczęć firmowa pracodawcy)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Augustowie**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

**WnPI** ……………………………..…….. **(nie wypełniać)**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620 z późn. zm.)

**I. Dane dotyczące pracodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy ...............................................................................................................................

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

1. Adres siedziby ......................................................................................................................................
2. Miejsce prowadzenia działalności ........................................................................................................
3. Osoba do kontaktu, telefon/ e-mail ......................................................................................................
4. NIP ............................................. REGON ................................................PKD ……...........................
5. Nazwa banku i numer konta firmowego ………………………………...............................................

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

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności .....................................................................
2. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe: ……………………………………...… %
3. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……….………………………………………………………………………………………...
4. Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Pracodawcy i zaciągania zobowiązań umownych:

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

 (imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko) (pesel)

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

(imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko) (pesel)

1. Wniosek ma / nie ma związku z pomocą publiczną.

**II. Dane dotyczące organizacji planowanych prac interwencyjnych:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: ....................
2. Imię i nazwisko bezrobotnego (-ych) proponowanego (-ych) do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: …………………………………………………………………………………….

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

1. Kwalifikacje oraz inne wymogi, które powinny spełniać kierowane osoby bezrobotne (wykształcenie, zawód, uprawnienia, umiejętności) ……………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..
2. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych: …………………………………………………...…. ..........................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Stanowisko oraz rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

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

1. Proponowane wynagrodzenie (brutto) ………………………………………………………. zł/m-c
2. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów, poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ………………………………………….………… zł/m-c
3. Wymiar czasu pracy: ……….................................... Zmianowość …………………….…….….…. Godziny pracy: od …………………….………… do ………………………………………………
4. Termin wypłaty wynagrodzenia (proszę zaznaczyć znakiem x właściwą odpowiedź)

⁭ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,

 ⁭ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,

1. Okres zatrudniania:

w ramach prac interwencyjnych:\* od…………………….…….…. do………………………..…..…

zatrudnienie po okresie refundacji prac interwencyjnych:\*\* od………….….… do……………..…..

**UWAGA**: Po upływie wyżej wskazanego zatrudnienia, tj. przez okres refundacyjny oraz zatrudnienie przez połowę okresu w jakim przysługiwała refundacja, Wnioskodawca zostanie zobowiązany do kontynuowania zatrudnienia dodatkowo przez okres 90 dni.

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

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

\*zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy na okres od 3 do 12 miesięcy

\*\*zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy przez połowę okresu przysługiwania refundacji w ramach prac interwencyjnych

**III. Oświadczenie Wnioskodawcy:**

**„Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia” wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.**

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

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**Oświadczam/y, że:**

1. **Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**
2. Skierowani bezrobotni otrzymują wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
3. W stosunku do Pracodawcy (firmy) nie toczy się postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne.
4. **Byłem/nie byłem**\* w okresie ostatnich 2 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 (Dz. U. z 2025 r., poz. 383), 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
5. **Zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku
	1. 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 z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
	2. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne
	3. opłacaniem innych danin publicznych
6. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2381 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 z 15.12.2023).
7. **Jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 468 z późn. zm.).

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

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

\* niewłaściwe skreślić

**IV. Załączniki do wniosku o organizację prac interwencyjnych:**

1. Załącznik Nr 1 – 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*, 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 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 albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
2. Załącznik Nr 2 **–** Formularzinformacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024 r. poz. 1206).
3. Aktualne na dzień składania wniosku zaświadczenie o niezaleganiu w podatkach lub stwierdzające stan zaległości z Urzędu Skarbowego.

**Załączniki Nr 1 i 2 zobowiązani są złożyć wyłącznie beneficjenci pomocy publicznej.**

Uwaga: Kserokopie przekładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy. Wnioski bez kompletu dokumentów nie będą rozpatrywane. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia dokumentów.

**WYJAŚNIENIE:**

1. 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 każdą osobę bezrobotną, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca.
2. Bezrobotny może być skierowany do prac interwencyjnych do przedsiębiorcy niezatrudniającego pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców.
3. Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, bierze pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.
4. Pracodawca stosownie do zawartej umowy, zatrudnia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.
5. Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych i robót publicznych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni, bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac lub robót u danego pracodawcy.

**Decyzja Dyrektora PUP**

Wniosek został rozpatrzony negatywnie/ pozytywnie i (nie) przyjęty do realizacji
z dniem ..................................................... dla …………………………….. osób/osoby na okres ....................................................................................................................................................................

Kwota refundacji ……………………………………………………..…………………………………..

w ramach ....................................................................................................................................................

z powodu ………………………………………………………………………..……………………..…

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

Dyrektor PUP

(pieczątka i podpis)

**Załącznik nr 1 do wniosku**

Miejscowość, dnia ……………………

……………………………….

/pieczęć firmowa/

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ/ NIEOTRZYMANEJ**

**POMOCY DE MINIMIS**

w zakresie wynikającym z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz., 468).

Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam/y, że: **otrzymałem (am) / nie otrzymałem (am)\*** pomoc de minimis w okresie 3 pełnych lat przed dniem wystąpienia z wnioskiem w sprawie organizowania prac interwencyjnych.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz przedstawić wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Wartość****pomocy w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** |  |  |

* **otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)**\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy)