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

(miejscowość, data)

…………………………………

(pieczęć pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Augustowie**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH**

(proszę zaznaczyć znakiem x właściwą odpowiedź)

ze wskazaniem pracodawcy

bez wskazania pracodawcy

Podstawa prawna:

art. 136 oraz 138-139 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620)

**I. Dane dotyczące organizatora robót publicznych:**

1. Nazwa organizatora robót publicznych: ...............................................................................................
2. Adres siedziby: .....................................................................................................................................
3. Miejsce prowadzenia działalności: .......................................................................................................
4. Telefon/ e-mail: ....................................................................................................................................
5. NIP .................................................. REGON .............................................. PKD ……......................
6. Nazwa banku i numer konta firmowego\*: ………………………………...............................................................................................................

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

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności\*: ..................................................................
2. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi\*: ..............................%.
3. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku\*: ………………………………………..…...
4. Nazwisko i imię oraz nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu\*:

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

1. Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Organizatora robót publicznych przy podpisaniu umowy: .................................................................................................................................................

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

(imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko)

**\*** w przypadku wskazania pracodawcy pkt 6-10 nie wypełniać

**II. Dane dotyczące organizacji planowanych robót publicznych:**

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

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

1. Kwalifikacje, które powinny spełniać kierowane osoby bezrobotne (wykształcenie, zawód, uprawnienia, umiejętności):

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

1. Miejsce wykonywania robót publicznych: ………………………..………………………..........................................................................................................…………………………………………………………………………………………
2. Nazwa zawodu:

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

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

1. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

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

1. Proponowane wynagrodzenie (brutto): ………………………………………. zł/m-c
2. Wnioskowana wysokość refundacji 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 robót publicznych: od…………..………….….… do……………………….….…

(nie dłuższy niż 6 miesięcy)

po okresie robót publicznych: od…………..………….….… do………………………….…

(nie krótszy niż 3 miesiące)

**III. Dane dotyczące wskazanego przez organizatora pracodawcy, u którego będą wykonywane roboty publiczne:**

(proszę wypełnić w przypadku, gdy organizator nie będzie jednocześnie pracodawcą dla skierowanego bezrobotnego)

1. Nazwa pracodawcy u którego będą wykonywane roboty publiczne: ...............................................................................................................................................................
2. Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności: ...............................................................................................................................................................
3. Telefon/ e-mail: ....................................................................................................................................
4. NIP ......................................................... REGON ..................................... PKD ................................
5. Nazwa banku i numer konta: ................................................................................................................

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

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: ....................................................................
2. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe wynosi: .................................%
3. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku: ……………………………………………...
4. Nazwisko i imię oraz nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu: ………………………………………………………………………………………………………
5. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy:

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

(imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko)

**IV. Oświadczenie pracodawcy:**

**„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 Pracodawcy)

**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, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy 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 (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 468).

………………………………...………..….. I …………….………………………………

miejscowość, data (podpis i pieczątka organizatora robót)

II ................................................................

(podpis i pieczątka pracodawcy)

\* niewłaściwe skreślić

**V. Załączniki do wniosku o organizację robót publicznych:**

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. powołanie, mianowanie (jeżeli nie wynika z dokumentu rejestrowego);
2. 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;
3. Załącznik Nr 2 **–** Formularzinformacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc   
   de minimis (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. poz. 1543).

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

Uwaga: Kserokopie przekładanych dokumentów powinny 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.

**Wypełnia PUP**

Zgodnie z art. 74 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia wniosek zweryfikowano za pośrednictwem systemu teleinformatycznego i stwierdzono:

1. zaległość / brak zaległości\* wobec ZUS,
2. zaległość / brak zaległości\* wobec Urzędu Skarbowego,
3. zaległość / brak zaległości\* wobec KRUS.

\*niepotrzebne skreślić

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

*(data i podpis)*

**Decyzja Dyrektora PUP**

Wniosek został rozpatrzony negatywnie/ pozytywnie i (nie) przyjęty do realizacji 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 lat kalendarzowych przed dniem wystąpienia z wnioskiem w sprawie organizowania prac interwencyjnych.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Pracodawcy )