**Numer wniosku CAZ.610.\_\_\_\_\_\_202\_\_**

**WNIOSEK**

**o organizację prac interwencyjnych**

/Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, poprawienie i ich własnoręczne zaparafowanie/

Podstawa prawna:

* Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

| 1. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY |
| --- |

1. Nazwa pracodawcy: ……………………………………………………………………………………………….
2. Adres siedziby:………………………………………………………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności:……………………………………..…………………………………………..
4. Telefon/ e-mail:………………………………………………………….…………………………………………...
5. REGON:……………………..………..……….………..., NIP:……………………………..………………..……

1.6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:………………………………………………………….

1.7. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

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

1.8. Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Pracodawcy i zaciągania zobowiązań umownych:

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

(imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko)

| 1. DANE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY |
| --- |

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: ……………………
   1. Wymagane kwalifikacje, umiejętności lub doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy:

| **Nazwa stanowiska, kod zawodu**  (zgodny z Klasyfikacją Zawodów) | **Rodzaj prac, które będą wykonywane przez skierowanego bezrobotnego lub skierowanego opiekuna oraz ogólny zakres obowiązków**  (proszę wskazać max. trzy podstawowe obowiązki) | **Wymagany poziom wykształcenia**  (kierunek, specjalność) | **Kwalifikacje**  ( uprawnienia, umiejętności i inne wymagania) | **Wymagany staż pracy/ doświadczenie zawodowe** | **Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Kwalifikacje niezbędne | Kwalifikacje niezbędne |  |
|  |  |
| Kwalifikacje pożądane | Kwalifikacje pożądane |
|  |  |

2.3. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych (adres):

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

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

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

2.4.Wymiar czasu pracy:……….…………Zmianowość………………Godziny pracy: od….…...….do……..…..

* 1. Okres zatrudnienia:

w ramach prac interwencyjnych od………..……………………….……do………………………….….…

po okresie prac interwencyjnych od……………………………………..do…………………………………

* 1. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów, poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia

skierowanych bezrobotnych ………………………………………….zł/m-c.

Dąbrowa Tarnowska, dnia: ……………………..…………………..……………..

(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

do jego reprezentacji)

| 1. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY |
| --- |

Oświadczam w imieniu swoim, lub pracodawcy/przedsiębiorcy, którego reprezentuje, że pracodawca, lub przedsiębiorca:

1. **Nie zalega** / **Zalega**\* w dniu złożenia wniosku z:
2. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, 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,
3. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,
4. opłacaniem innych danin publicznych,
5. W okresie ostatnich 2 lat **nie był / był** prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny, za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
6. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **został/ nie został** prawomocnie ukarany zawykroczenielub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **jest/nie jest** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
7. **Prowadzi/Nie prowadzi** działalności gospodarczej w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
8. **Spełnia/Nie spełnia/Nie dotyczy**warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. 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 r.).
9. **Spełnia/Nie spełnia/Nie dotyczy**warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352.9 z 15.12.2013 r. str. 9 z późn. zm.).
10. **Spełnia/Nie spełnia/Nie dotyczy**warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de mininmis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014 r. str. 45 z późn. zm.).
11. **Jest/Nie jest[[1]](#footnote-1)\*** pracodawcą/przedsiębiorcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.
12. **Zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
13. **Zobowiązuje się/ nie zobowiązuje** się do utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez

**okres ……………….…….miesiąca/y[[2]](#footnote-2)** po upływie ustawowego okresu  zatrudnienia.

.

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

**Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem**.

Dąbrowa Tarnowska, dnia: ……………………..…………………..……………..

(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentacji)

**Załączniki wymienione we wniosku są niezbędne do jego rozpatrzenia!**

| 1. ZAŁACZNIKI DO WNIOSKU |
| --- |

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)

**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.

3) Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia.

4) Pełnomocnictwo w przypadku złożenia wniosku/podpisywania umowy przez inna osobę niż osoba uprawniona do reprezentacji wnioskodawcy.

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

Uwaga: Osoby kierowane na prace interwencyjne muszą spełniać warunki określone w ustawie o rynku pracy  
 i służbach zatrudnienia z dnia 20 marca 2025 r., oraz w Zasadach organizacji i finansowania instrumentów rynku pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej.

**Załącznik nr 1**

…………………………………………………… ………………………………………

/ Nazwa lub imię i nazwisko, adres Wnioskodawcy/ / miejscowość, data/

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ/ NIEOTRZYMANEJ**

**POMOCY DE MINIMIS**

“Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia” niniejszym oświadczam, że **przedkładam / nie przedkładam\*** wszystkie zaświadczenia o pomocy de mimimis oraz pomocy de mimimis w rolnictwie lub pomocy de mimimis w rybołówstwie oraz oświadczam, że**\***:

w okresie 3 minionych lat (**3 x 365 dni**) **nie otrzymałem/łam** pomocy *de minimis.*

w okresie 3 minionych lat (**3 x 365 dni**) **nie otrzymałem/łam** pomocy *de minimis* w rolnictwie oraz pomoc *de minimis* rybołówstwie,

w okresie 3 minionych lat (**3 x 365 dni** ) **otrzymałem/łam** następującą pomoc *de minimis* orazpomoc *de minimis* w **rolnictwie** lub pomoc *de minimis* **rybołówstwie,**  (proszę wypełnić poniższą tabelę).

**Oświadczam, że w okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni ) okresie od dnia …………..…………. r. do dnia ….........................................\*\* otrzymałem/łam następującą pomoc *de minimis*:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień, miesiąc/ rok udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy EURO** | **Wartość**  **pomocy w PLN** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |

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

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku ……………………..…………………..……………..

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnione do jego reprezentacji)

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a………………………………………………………(imię i nazwisko)

**Podlegam/nie podlegam\*** wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. Ponadto oświadczam, iż **jestem/nie jestem\*** powiązany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz **znajduję się/nie znajduję się\*** na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z aktualną listą osób/podmiotów objętych sankcjami.

………………………………………….

(data i podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub

osoby uprawnionej do jego reprezentacji)

**\*** Niepotrzebne skreślić

**Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP**

Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA.

Data weryfikacji …………………………… Podpis pracownika……………………………

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Wskaźnik efektywności zatrudnieniowej- oznacza to udział procentowy liczy osób, które w trakcie nie później niż w okresie 180 dni od dnia zakończenia realizacji podstawowych form pomocy w roku budżetowym wykonywały pracę niesubsydiowaną przez co najmniej 90 dni (…) [↑](#footnote-ref-2)