Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy w Świdniku:  
Wpisano do spisu wniosków pod nr:  
DRP - RIP - 5912 - ………../2025

**WNIOSEK  
O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Podstawa prawna:

1. art. 51, art. 59 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn.zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 roku   
   w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne  
   (Dz. U. z 30.06.2014 roku, poz. 864), zm rozporządzeniem z dnia 26.06.2024r. (Dz. U. z 28.06.2024, poz 952)

# DANE WNIOSKODAWCY:

1. Nazwa pracodawcy …………….............................................................................................
2. Adres siedziby ……………………………………………………………………………..……..…
3. Miejsce prowadzenia działalności .........................................................................................
4. Adres korespondencyjny …………………………………………………………………………..
5. Adres zamieszkania Pracodawcy lub Przedsiębiorcy w przypadku osoby fizycznej………………………………………………………………………………………………
6. REGON.............................................................................
7. NIP....................................................................................
8. Numer telefonu..................................................................
9. e-mail ………………………………………………………….
10. PKD 2007 ……………………………
11. Stopa ubezpieczenia wypadkowego zgodnie z deklaracją ZUS P DRA …….……………
12. Dane osoby do kontaktu z Urzędem Pracy:

imię i nazwisko…………………………….………….……………………………………………..

stanowisko służbowe ………………………………………………………………………………

telefon kontaktowy……………………………………………..……………………………………

1. Dane osób **prawnie reprezentujących podmiot** ubiegający się o refundację:

imię i nazwisko…………………………..……………….…………………………………………

nazwa stanowiska służbowego………………………….………...………………………………

telefon kontaktowy………………………………………………..…………………………………

1. Pełna nazwa banku...............................................................................................................
2. Nr konta:

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

1. Forma organizacyjno-prawna:
   1. spółka akcyjna;
   2. spółka z o.o;
   3. spółka akcyjna albo spółka z o.o., w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorz. teryt., przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosob. spółka Skarbu Państwa są podmiotami dominującymi, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów;
   4. przedsiębiorca prywatny, w tym wspólnik spółki cywilnej, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą;
   5. inna (proszę podać jaka)…………………………………..................................................
2. Forma i stawka opodatkowania podatkiem dochodowym\*(\*właściwe zaznaczyć)

* karta podatkowa\*
* księga przychodów i rozchodów\*……………………….…………..……%
* podatek liniowy\*:…………………………………………………......…….%
* pełna księgowość\*:…………………………………………………….……%
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych\* …….………….………....%
* zasady ogólne\* …………………………………………………………….%

1. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom\*(\*właściwe podkreślić):

* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
* do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni.
  + 1. Deklaruję, że po upływie wymaganego okresu zatrudnienia wynikającego z pkt. 4, zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia osoby/osób bezrobotnych skierowanych przez Urząd przez okres co najmniej **1** miesiąca: **TAK/NIE**\*.(\*niepotrzebne skreślić)

# INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

* + 1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: 1
    2. Wnioskowany okres refundacji…………………………………………..(ilość miesięcy)
    3. Opis stanowiska pracy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| kod zawodu zgodny z klasyfikacją KZiS: |  |
| rodzaj prac jakie będą wykonywane: |  |

* + 1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje

|  |  |
| --- | --- |
| poziom i rodzaj wykształcenia (minimalne)\*(\*właściwe zaznaczyć): | * Podstawowe/gimnazjalne\* * zasadnicze zawodowe\* - kierunek: ……….…………………………………………… * średnie ogólnokształcące\* * średnie zawodowe\* - kierunek/ specjalność: …….…………………………….………… * wyższe\* – kierunek/ specjalność: ………………………………………………….. |
| Dodatkowe wymagania(uprawnienia, umiejętności i inne): |  |
| doświadczenie zawodowe (staż pracy): |  |

* + 1. Warunki pracy

|  |  |
| --- | --- |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto: |  |
| wymiar czasu pracy**:** |  |
| ilość zmian: |  |
| Miejsce świadczenia pracy przez skierowanego bezrobotnego: |  |
| Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia | ................................................................. + ZUS |
| Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez bezrobotnego |  |

# OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

**Oświadczam, że:** (\*niepotrzebne skreślić)

1. Zapoznałem(am) się z treścią Zasad organizacji prac interwencyjnych dostępnych na stronie internetowej PUP w Świdniku **TAK / NIE\***
2. posiadam wymagalne zaległości w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych oraz innych danin publicznych, których obowiązek uiszczania wynika   
   z przepisów prawnych); **TAK / NIE\***
3. posiadam wymagalne zaległości w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; **TAK / NIE\***
4. zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; **TAK / NIE\***
5. posiadam nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne; **TAK / NIE\***
6. byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary. **TAK / NIE\***
7. zapoznałem/am się z Informacją dotycząca przetwarzania danych osobowych dla podmiotów (kontrahentów) korzystających z usług oraz innych form pomocy znajdującą się na stronie urzędu pracy pod adresem <https://swidnik.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych/> **TAK / NIE\***
8. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;
9. jestem beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r.   
   o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tj. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną; **TAK / NIE\***
10. otrzymałem decyzję Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem **TAK / NIE \*;**
11. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o ewentualności przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy;
12. zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis;
13. jestem świadom(a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

**Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

miejscowość, data: ........................................................

podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy: ........................................................

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH:**

1. Dotyczy spółek cywilnych – kopia umowy spółki (potwierdzona za zgodność z oryginałem).
2. Załącznik Nr 1 – Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy

**Dokumenty dotyczące wyłącznie beneficjentów pomocy publicznej:**

1. Załącznik Nr 2 – Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy dot. pomocy publicznej.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **lub**,
3. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

**Uwaga**: Kopie przekładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy.