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

**WNIOSEK
O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620).
2. ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2025r. poz. 468).

# DANE WNIOSKODAWCY:

1. Nazwa pracodawcy …………….............................................................................................
2. Adres siedziby ……………………………………………………………………………..……..…
3. Miejsce prowadzenia działalności .........................................................................................
4. Adres korespondencyjny …………………………………………………………………………..
5. PESEL Pracodawcy lub Przedsiębiorcy w przypadku osoby fizycznej (także spółki cywilnej)…………………………………………………..…………………………………………
………………………………………………………………………………………………………..........................................................................................................................................................
6. REGON.............................................................................
7. NIP....................................................................................
8. PKD 2007 ……………………………
9. Numer telefonu..................................................................
10. e-mail ………………………………………………………….
11. . Adres do e-Doręczeń lub epuap: ………………………………………………………………
12. Czy Podmiot ma konto na portalu praca.gov.pl:  tak  nie
13. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie korespondencji przez portal praca.gov.pl  tak  nie
14. Stopa ubezpieczenia wypadkowego zgodnie z deklaracją ZUS P DRA …….……………
15. 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. Liczba zatrudnionych pracowników na podstawie umowy, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku wynosi …………………………………. osób [[1]](#footnote-1)
3. 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.

# INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: …..…….
2. Wnioskowany okres refundacji…………………………………..(od 3 do 12 miesięcy)

Wnioskodawca 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

1. Deklaruję, że po upływie wymaganego okresu zatrudnienia zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej przez okres co najmniej 90 dni:
**TAK / NIE\***.**(\***niepotrzebne skreślić)
2. Opis stanowiska pracy

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa stanowiska pracy zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności |  |
| kod zawodu zgodny z klasyfikacją KZiS: |  |
| rodzaj prac jakie będą wykonywane na danym stanowisku pracy(zakres zadań): |  |

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje:

|  |  |
| --- | --- |
| Wymagany poziom i rodzaj wykształcenia (minimalne)\*(\*właściwe zaznaczyć): | * Podstawowe/gimnazjalne\*
* zasadnicze zawodowe\* - kierunek: ……….………………………………………
* średnie ogólnokształcące\*
* średnie zawodowe\* - kierunek/ specjalność: …………………….…………
* wyższe\* – kierunek/ specjalność: …………………………………………………
 |
| Dodatkowe wymagania (wymienić jakie: posiadane uprawnienia, umiejętności i inne): | * nie wymagane\*
* tak …….………………………………….

……………………………………………………… |
| doświadczenie zawodowe \* (\*właściwe zaznaczyć): | * nie wymagane\*
* tak ……….…………………miesięcy / lat\*
 |

1. Warunki pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto:  |  |
| wymiar czasu pracy**:** | pełny |
| ilość zmian: |  |
| Miejsce wykonywania pracy przez skierowanego bezrobotnego |  |
| Okres zatrudnienia |  |
| Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia | .............................(nie wyższa niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę) |

# OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:

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

1. nie otrzymałem(am) dofinansowania na ten sam cel z innych środków publicznych. **TAK / NIE\*,**
2. **jestem / nie jestem**\* przedsiębiorcą i **prowadzę /nie prowadzę**\* działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów prawa wspólnotowego,
3. **jestem / nie jestem**\* beneficjentem pomocy publicznej[[2]](#footnote-2) w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
4. nie otrzymałem(am) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem. **TAK / NIE\*,**
5. **przerwałem(am) / nie przerwałem(am) / nie dotyczy\*** bez uzasadnionej przyczyny realizację stażu, przyczyniłem(am)/ nie przyczyniłem(am) się / nie dotyczy\* do rozwiązania stażu przez starostę z powodu niezrealizowania programu stażu lub niedotrzymania warunków jego odbywania. W przypadku zaznaczenia jednej z pozytywnych odpowiedzi należy wstawić datę zdarzenia: ………………....
6. 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\*,**
7. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach,
8. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o ewentualności przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy,
9. 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,
10. zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 80 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, PUP w Świdniku publikuje na stronie internetowej urzędu wykazy pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy.

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

Świdnik, data: ........................................................

podpis i pieczątka imienna osoby reprezentującej podmiot
ubiegający się o organizowanie prac interwencyjnych
lub osoby nim zarządzającej………………………………:........................................................

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

1. Dotyczy spółek cywilnych – kopia umowy spółki wraz z aneksami (potwierdzona za zgodność z oryginałem).
2. W przypadku przedszkoli i szkól oraz niepublicznych przedszkoli i niepublicznych szkół - zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych.
3. Pełnomocnictwo – w przypadku wskazania we wniosku do reprezentacji wnioskodawcy innych osób niż wymienione w dokumentach stanowiących podstawę prawną działania wnioskodawcy, o ile nie wynika to z innych załączonych dokumentów.
4. Załącznik Nr 1 – Oświadczenie podmiotu **(oświadczenie składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot lub osoby nim zarządzające).**
5. Załącznik Nr 2 – Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy.

**Dokumenty dotyczące wyłącznie beneficjentów pomocy publicznej:**

1. Załącznik Nr 3 – Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy dot. pomocy publicznej.
2. Załącznik Nr 4 – Oświadczenie mikroprzedsiębiorcy
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **lub**,
4. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie **lub**
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis przez przedsiębiorcę wykonującego usługę świadczoną w ogólnym interesie gospodarczym.

**Wnioskodawca będący osobą fizyczną, prowadzącą gospodarstwo rolne lub dział specjalny produkcji rolnej, dodatkowo do wniosku dołącza niżej wymienione załączniki:**

1. dokument potwierdzający łączną powierzchnię i stan prawny posiadanego gospodarstwa rolnego (jeden z wymienionych), np.: akt notarialny, prawomocne orzeczenie sądu, wypis z księgi wieczystej, wypis z ewidencji gruntów i budynków, zaświadczenie właściwego wójta (burmistrza);
2. zaświadczenie wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników;
3. zaświadczenie wydane przez Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa o nadanym numerze identyfikacyjnym w ramach krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o płatność;
4. zaświadczenie z właściwego Urzędu Skarbowego – w przypadku prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej.

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

**WYPEŁNIA PUP (ocena formalna):**

1. Dokonano weryfikacji oświadczeń i danych z wniosku:
	* + 1. Raport z PIP o ukaraniu Pracodawcy: pozytywny / negatywny
			2. Raport ZUS o stanie rozliczeń: pozytywny / negatywny / nie dotyczy
			3. Raport KAS o stanie rozliczeń: pozytywny / negatywny / nie dotyczy
			4. Raport z KRUS o stanie rozliczeń: pozytywny / negatywny / nie dotyczy
			5. CEiDG / KRS – weryfikacja pozytywna / negatywna / nie dotyczy
			6. Shrimp II - weryfikacja: pozytywna / negatywna / nie dotyczy
			7. Lista sankcyjna - weryfikacja: pozytywna / negatywna / nie dotyczy

Uwagi:

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

Ocena wniosku pod względem formalnym: pozytywna / negatywna / do uzupełnienia

data i podpis pracownika PUP: ………………………………..

1. (do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, młodocianych, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. w ramach umów zlecenie, o dzieło), na urlopach macierzyńskich lub wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych [↑](#footnote-ref-1)
2. Za beneficjenta pomocy publicznej uznaje się przedsiębiorstwo, tj. podmiot prowadzący działalność gospodarczą bez względu na jego formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, które otrzymało pomoc publiczną. [↑](#footnote-ref-2)