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

*(pieczęć firmowa wnioskodawcy)*

**Powiatowy Urząd Pracy w Makowie Mazowieckim**

**ul. Przasnyska 77 B**

**06-200 Maków Mazowiecki**

# WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH

*Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214), oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864 z późn.zm.)*

Wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu *art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach pomocy publicznej   
(Dz. U. z 2023 r. poz. 702)*

(Proszę o zaznaczenie właściwej opcji znakiem **X**)

**TAK**

**NIE**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**
2. Pełna nazwa, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:

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

1. tel.: …………………….…….. faks: ………………..……………. e-mail: …………………………………..
2. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

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

*(Imię i nazwisko)* (*stanowisko służbowe)*

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby odpowiedzialnej za współpracę z urzędem:

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

*(Imię i nazwisko)* (*stanowisko służbowe)*

- jeżeli został nadany,

**-**

**-**

**-**

1. NIP:
2. REGON
3. PKD:
4. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej *działalności (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna, spółka z o.o, spółka akcyjna, spółka cywilna, spółdzielnia, przedsiębiorstwo państwowe itp.)*

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

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

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

1. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego*(na dzień składania wniosku)*: ........................ %
2. **DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIONE OSOBY BEZROBOTNE W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**
3. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych …………………………………………..
4. Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:

na okres do **6** miesięcy (po okresie refundacji zobowiązanie do zatrudnienia na okres **3** miesięcy   
 – **art. 51 ustawy**)

na okres do **12** miesięcy(po okresie refundacji zobowiązanie do zatrudnienia na okres **6** miesięcy  
 – **art. 56 ustawy)**

na okres do **24** miesięcy dla osób po 50 roku życia (po okresie refundacji zobowiązanie do   
 zatrudnienia na okres **6** miesięcy **– art. 59 ustawy**)

Proszę o zaznaczenie właściwej opcji znakiem X

1. Rodzaj wykonywanych prac przez skierowanych bezrobotnych (wg wnioskowanych stanowisk):

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

1. Miejsce wykonywania pracy:

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

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

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje wymagane przy wykonywaniu prac interwencyjnych przez bezrobotnego na poszczególnych stanowiskach prac (wykształcenie, staż pracy, umiejętności, specjalność, inne):

Niezbędne kwalifikacje:……………………………………………….……………………………………….

Pożądane kwalifikacje:…………………………………………………………………………………………

1. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ……………………………………………………………………
2. Nazwa stanowiska i wysokość proponowanego wynagrodzenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Kod i nazwa zawodu (zgodna z rozporządzeniem MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz.227 z późn.zm.) | Nazwa stanowiska (zgodna z zawieraną umową o pracę) | Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanych bezrobotnych: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Załączniki do wniosku:**

1. oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1 ***(tylko w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą, którzy są beneficjentami pomocy publicznej),***
2. oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów ,,jednego przedsiębiorstwa”– załącznik nr 2 ***(tylko w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą, którzy są beneficjentami pomocy publicznej),***
3. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis ***(tylko w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą, którzy są beneficjentami pomocy publicznej)*** lub formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis przez przedsiębiorcę wykonującego usługę świadczoną w ogólnym interesie gospodarczym ***(tylko w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą, którzy są beneficjentami pomocy publicznej)***
4. Kserokopię dokumentu poświadczającego formę prawną wnioskodawcy ***(w przypadku wskazania we wniosku innych osób niż wymienione w dokumentach stanowiących podstawę prawną działania wnioskodawcy dodatkowo pełnomocnictwo lub kserokopia umowy spółki* *w przypadku spółek prawa cywilnego).***

Pracodawca **zalega/nie zalega**\* z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

**Powyższe oświadczenie oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

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

………………………………… …………………………………………..

*(miejscowość i data)*   *(pieczęć i podpis wnioskodawcy)*

**O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku wnioskodawca powiadamiany jest pisemnie w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku.**

**Wnioski nieprawidłowo wypełnione lub niekompletne i nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**

**WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W MAKOWIE MAZOWIECKIM**

1. **POZYTYWNA/NEGATYWNA**\* **OPINIA KOMISJI DOTYCZĄCA WNIOSKU O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH:**

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

Uzasadnienie:

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

1. **DECYZJA STAROSTY:**

Zatwierdzam wniosek o organizowanie prac interwencyjnych dla …………………..osoby/osób\*

Nie zatwierdzam wniosku o organizowanie prac interwencyjnych dla …………………..osoby/osób\*

\* Niepotrzebne skreślić

…………………… ……………………………….…………………….. *(data) (pieczęć i podpis Starosty lub osoby upoważnionej)*

Oświadczenie wnioskodawcy - załącznik nr 1

do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych

**Oświadczenie wnioskodawcy**

1. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał/nie uzyskał**\* pomoc publiczną, która **kumuluje się/ nie kumuluje się**\* z wnioskowaną pomocą.
2. Pracodawca **otrzymał/nie otrzymał\*** pomocy de minimis **oraz** pomocy de minimis w rolnictwie/w rybołówstwie\* w wysokości ……………… w ciągu 3 minionych lat.
3. Pracodawca **spełnia/nie spełnia**\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 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 r.);
4. Pracodawca **spełnia/nie spełnia**\* warunki 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 (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9 z póżn.zm i Dz.Urz. UE L 51 I z 22.02.2019 r.);
5. Pracodawca **otrzymał/nie otrzymał\*** pomoc de minimis przyznaną zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) 2023/2832, w wysokości ………………….. w ciągu 3 minionych lat.
6. Pracodawca **otrzymał/nie otrzymał\*** pomoc de minimis przyznaną zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) 717/2014, w wysokości ………………….. w ciągu 3 minionych lat.
7. **Pracodawca zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeśli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Makowie Mazowieckim otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis**.

\* Niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie jest prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

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

………………………………… …………………………………………..

*(miejscowość i data)*   *(pieczęć i podpis wnioskodawcy)*

Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów ,,jednego przedsiębiorstwa” - załącznik nr 2

do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych

**Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów ,,jednego przedsiębiorstwa”**

Zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.) **”Jedno przedsiębiorstwo”** obejmuje powiązania jednym z poniższych stosunków:

**Czy wnioskodawca pozostaje z innymi przedsiębiorstwami w co najmniej jednym z następujących   
 stosunków:**

1) jedno przedsiębiorstwo posiada większość praw głosu udziałowców lub członków w innym przedsiębiorstwie **TAK / NIE\***

2) jedno przedsiębiorstwo ma prawo powoływać lub odwoływać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa? **TAK / NIE\***

3) jedno przedsiębiorstwo ma prawo do wywierania dominującego wpływu na inne przedsiębiorstwo, zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorstwem lub zgodnie postanowieniem zawartym w jego akcie założycielskim lub umowie spółki? **TAK / NIE\***

4) jedno przedsiębiorstwo, które jest udziałowcem lub członkiem innego przedsiębiorstwa, kontroluje samodzielnie, na podstawie umowy z innymi udziałowcami lub członkami tego przedsiębiorstwa, większość praw głosu akcjonariuszy lub członków w tym przedsiębiorstwie? **TAK / NIE\***

**Przedsiębiorstwo pozostające w którymkolwiek z powiązań o których mowa w pkt. 1-4, za pośrednictwem co najmniej jednego innego przedsiębiorstwa również uznaje się za jedno przedsiębiorstwo.**

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:

a) Wartość pomocy udzielonej łącznie wszystkim powiązanym z wnioskodawcą jednostkami gospodarczymi w okresie 3 minionych lat:

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

b) Numery NIP wszystkich powiązanych z wnioskodawcą jednostek gospodarczych:

……………………………………………………

…………………………………………..

………………………………………….

………………………………………….

**2. Czy wnioskodawca w okresie minionych 3 lat:**

1) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców? **TAK / NIE**\*

2) przejął innego przedsiębiorcę? **TAK / NIE**\*

3) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy? **TAK / NIE\***

4) powstał w wyniku przekształcenia przedsiębiorcy? **TAK / NIE\***

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 i 2 lub 4, należy podać:

a) łączną wartość udzielonej pomocy de minimis w okresie minionych 3 lat wszystkim połączonym, przejętym lub przekształconym przedsiębiorcom:

………………………………………………………………………………………

b) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych, przejętych lub przekształconych przedsiębiorców:

…………………………………………………………………………………….

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3, należy podać:

a) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w okresie minionych 3 lat przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez wnioskodawcę:

……………………………………………………..

b) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem lub przekształceniem:

……………………………………………………..

Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:

1. Łączną wartość pomocy de mimnimis udzielonej w okresie minionych 3 lat przedsiębiorcy przed podziałem:

…………………………………………………………

1. Wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)

………………………………………………………...

1. Wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)  
   ………………………………………………………….

\* Niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie jest prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

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

………………………………… …………………………………………..

*(miejscowość i data)*   *(pieczęć i podpis wnioskodawcy)*

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:*

1. *administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Przasnyska 77B, 06-200 Maków Mazowiecki;*
2. *administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej:* ***iod@makowmazowiecki.praca.gov.pl***;
3. *administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz m.in. z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
4. *dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem)*;
5. *administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;*
6. *mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.*

*Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:*

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 grudnia 1999 r.;*
2. *przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych* *oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego*;
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;*

*administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

*Zapoznałem się z powyższym*

*…………………………………… ……………………………………….*

*(miejscowość i data) (podpis)*

*OŚWIADCZENIE*

*Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowy Urząd Pracy w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Przasnyska 77B, 06-200 Maków Mazowiecki, w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie*

*…………………………………… ……………………………………….*

*(miejscowość i data) (podpis)*