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

 *(pieczęć firmowa wnioskodawcy)*

**Powiatowy Urząd Pracy w Makowie Mazowieckim**

**ul. Przasnyska 77 B**

**06-200 Maków Mazowiecki**

# WNIOSEKO ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH

*na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620).*

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 2025 r. poz. 468)*

 (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)*

1. NIP: ……………………………………………………… (jeżeli został nadany),
2. REGON: …………………………………………………
3. PKD 2025: ……………………………………………..

PKD 2007: ……………………………………………..
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. Wnioskowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:
(okres refundacji od 3 do 12 miesięcy oraz połowa okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji):

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

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 pracy (wykształcenie, staż pracy, umiejętności, specjalność, inne):

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

lub

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: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uwaga:
Do pracy w ramach prac interwencyjnych nie może być skierowana osoba, jeżeli w okresie 90 dni była zatrudniona w ramach prac interwencyjnych lub robót publicznych u danego pracodawcy.**

**Załączniki do wniosku:**

1. oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1 ***(tylko w przypadku pracodawców prowadzących działalność gospodarczą, którzy są beneficjentami pomocy publicznej),***
2. 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)***
3. 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).***

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam,**
iż osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osoby nim zarządzające w okresie ostatnich 2 lat **były/nie były\* prawomocnie skazane** 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.15) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;

**Oświadczam**,
że na dzień złożenia wniosku **zalegam**/**nie zalegam\*** z:

a) 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,

b) opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,

c) opłacaniem innych danin publicznych

**\*** Niepotrzebne skreślić

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

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

………………………………… …………………………………………..

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

**O rozpatrzeniu wniosku lub odmowie rozpatrzenia wniosku oraz wyrażeniu zgody lub jej braku wnioskodawca powiadamiany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku.**

**Wnioski niekompletne i nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpoznania.**

Oświadczenie wnioskodawcy - załącznik nr 1

do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych

**Oświadczenie wnioskodawcy**

1. Pracodawca w okresie w ciągu 3 minionych lat poprzedzającym złożenie wniosku:
2. **otrzymał/nie otrzymał\*** pomoc de minimis przyznaną zgodnie z rozporządzeniem Komisji
(UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.)
i rozporządzeniem 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.), w wysokości……………………..
3. **otrzymał/nie otrzymał\*** pomoc de minimis przyznaną zgodnie z rozporządzeniem 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.),
w wysokości……………………..
4. **otrzymał/nie otrzymał\*** pomoc de minimis przyznaną zgodnie z rozporządzeniem Komisji
(UE) 717/2014, w wysokości …………………..
5. **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

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

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

………………………………… …………………………………………..

 *(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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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)*