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

 *(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)*

**Klauzula informacyjna RODO**

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 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 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej i zakresu działania archiwów zakładowych.
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.
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Potwierdzam zapoznanie się z informacją.

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

 miejscowość i data Czytelny podpis klienta