...................................................................... Data .................................... 2025 roku

/pieczęć firmowa Pracodawcy/

**DYREKTOR**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Tomaszowie Mazowieckim**

WNIOSEK

o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych

Podstawa prawna :

- Ustawa z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025r. poz. 214)

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014r. poz. 864 ze zm.);

- Ustawa z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2023r. poz. 702 ze zm.);

- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023). Rozporządzenie 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. 2013r., str. 9 z późn. zm.) lub Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa  
i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.20214r., str. 45, z późn. zm.).

1. **INFORMACJE O PRACODAWCY:**
2. Nazwa, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej, nr telefonu do kontaktu, e-mail:

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

…………………………………..........………, Tel: …...……….…… e-mail: ….………………………..

Adres do doręczeń elektronicznych (skrzynka e-doręczenia) ……………………………………

1. Adres zamieszkania (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą):

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

PESEL (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą):

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

1. Forma prawna: …………………………………………………………………………………………
2. REGON ........................................, NIP ..............................................., PKD............................
3. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełen etat: ....................
4. Rachunek bankowy w Banku: ………………………………………………………………………

nr ..................................................................................................................................................

1. Stopa % składki wypadkowej w bieżącym roku: …………….……..…
2. Maksymalna stawka podatku dochodowego: …………….…………

Forma opodatkowania\*:

karta podatkowa, ryczałt ewidencjonowany, księga przychodów i rozchodów, księgi rachunkowe.

1. Działalność gospodarcza prowadzona od dnia ……………..…….. w zakresie: ……….…………………………………………………………………………………….
2. Osoby upoważnione do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu pracodawcy:
3. ............................................................. stanowisko: ......................................................

b) ........................................................... stanowisko:.......................................................

11. Termin wypłaty wynagrodzenia\*:

* wynagrodzenie wypłacone w miesiącu, w którym świadczono pracę,
* wynagrodzenie wypłacone w miesiącu, następującym po miesiącu świadczenia pracy

\* zaznaczyć właściwe

1. **INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU:**
2. Zgłaszam możliwość organizacji prac interwencyjnych dla …......... osób od dnia ……….……………na okres 9 miesięcy.

Niewywiązanie się z zobowiązania do zatrudnienia spowoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

2. Wnioskuję o przyznanie refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i nagrody w kwocie …………. oraz składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia na okres ...……….. miesięcy.

1. Miejsce pracy zatrudnionych bezrobotnych (adres):

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

4. Skierowani przez PUP bezrobotni zostaną zatrudnieni w wymiarze czasu pracy:

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

- w systemie czasu pracy: jednozmianowym, dwuzmianowym, innym \*

- stanowiska pracy i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych

bezrobotnych

.................................................................-.............................................................................

………………………………..……………..-……………………….……….……………………...

………………………………………………-…………………………………..…….……………..

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje kierowanych osób:

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

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

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

6. Dla bezrobotnych skierowanych przez PUP proponuję wynagrodzenie i świadczenia według zasad obowiązujących pracowników stałych, zatrudnionych u Pracodawcy na takich samych lub podobnych stanowiskach, to jest średnio w wysokości ....................................... miesięcznie dla 1 bezrobotnego.

**ZOBOWIĄZANIE PRACODAWCY:**

**Zobowiązuję się do zatrudnienia po okresie utrzymania zatrudnienia (po 9 miesiącach) ……... osobę/osób na okres minimum 1 miesiąca w ramach umowy o pracę w wymiarze minimum 1/2 etatu.**

## OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:

**Oświadczam, że:**

1. zalegam/nie zalegam\* na dzień złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
2. jestem/nie jestem\* w stanie likwidacji lub upadłości;
3. spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłacanych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014r.poz. 864 ze zm.);
4. otrzymałem/nie otrzymałem\* decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
5. nie prowadzę/prowadzę\* działalność gospodarczą (tj. oferuję towary lub usługi na rynku), w tym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
6. zapoznałem się i spełniam warunki określone w\*\*:

* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z dnia 15.12.2023r.) lub
* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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 dnia 24.12.2013r. str. 9 z późn. zm.) lub
* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z dnia 28.06.2014r. str. 45, z późn. zm.)

1. spełniam/nie spełniam\* warunków o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej,   
   o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

\*niepotrzebne skreślić

\*\*wypełnić w przypadku podlegania przepisom pomocy publicznej de minimis

………………………………………….. /podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/

**Załączniki do wniosku:**

1. Informacja o stanie zatrudnienia pracowników ogółem za okres 6 miesięcy przed wystąpieniem   
   o refundację (zał. nr 1).
2. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis (zał. nr 2) lub zaświadczenie(a) o pomocy de minimis otrzymanej w ciągu minionych 3 lat (dot. beneficjentów pomocy publicznej).

**3**. Oświadczenie podmiotu/osoby fizycznej (zał. nr 3).

**4**. Dokument stwierdzający prawo do prowadzenia działalności gospodarczej (aktualny wydruk KRS lub aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), dokument potwierdzający powołanie kierownika zakładu lub jednostki – kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem.

**5**. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (dotyczy beneficjentów pomocy publicznej).

**6**. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach, dla spółek cywilnych zaświadczenie wystawione osobno wspólnikom oraz osobno na spółkę (oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem); (okres ważności zaświadczenia 3 miesiące).

**7**. Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w bieżącym opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, FP oraz FGŚP, dla spółek cywilnych zaświadczenie wystawione osobno wspólnikom oraz osobno na spółkę (oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem); (okres ważności zaświadczenia 3 miesiące).

Wnioski nieczytelne nie będą rozpatrywane.

# 

# Załącznik nr 1

# OŚWIADCZENIE

informacja ostanie zatrudnienia za okres 6 miesięcy \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | MIESIĄC, ROK | LICZBA PRACOWNIKÓW W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY | PRZYCZYNY EWENTUALNEGO  ZMNIEJSZENIA STANU  ZATRUDNIENIA |
|  | 1 | 2 | 3 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

**\*Nie wlicza się pracowników przebywających na urlopach wychowawczych i zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów), a także umów cywilnoprawnych.**

**Liczba zatrudnionych pracowników ogółem w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku …………………**

….………………………………………………..

/podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej   
do reprezentowania pracodawcy/

Załącznik nr 2

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

**Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 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, 2023/2831 z 15.12.2023)**

**Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis**

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

**Identyfikator podatkowy NIP podmiotu**

**Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu**

|  |
| --- |
|  |

**Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu**

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczam, iż**

|  |
| --- |
|  |

w ciągu minionych trzech lat **nie uzyskałem** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

|  |
| --- |
|  |

w ciągu minionych trzech lat **uzyskałem** pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

|  |
| --- |
|  |

**w PLN**

|  |
| --- |
|  |

**w EUR**

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

**Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji**

**Imię i nazwisko Numer telefonu**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Stanowisko służbowe Data i podpis**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie   
z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

1. jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;
2. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
3. jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
4. jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

**Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.**

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

*(nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …..……………………………………………….……………

*(imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby rozpatrzenia wniosku z dnia ………………..……….. w sprawie ………………………...………..………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………., oświadczam, że podmiot/osoba, który/którą reprezentuję oraz podmioty/osoby z nimi powiązane nie zostały objęte sankcjami na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów oraz osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne.

………………………………………………………

*data, podpis(y) osoby/osób upoważnionej(ych)*

Lista osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne prowadzona jest przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w *ustawie z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego*.

**Klauzula informacyjna**

*Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Urząd informuje, że:*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy  
   w Tomaszowie Mazowieckim, ul. św. Antoniego 41, 97-200 Tomaszów Mazowiecki, tel. 44 724-68-64.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: [iod@puptomaszow.pl](mailto:iod@puptomaszow.pl)
3. Dane osobowe Pani/Pana przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, lit. b, lit. c i lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w celu realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz w aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
5. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
6. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Dyrektorem Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Mazowieckim przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą klauzulą

…………………………………………………..

(data, podpis, pieczątka)