

.....
(nazwa lub pieczęć Pracodawcy)

....., dnia
(miejsowość)

**STAROSTA
KOSZALIŃSKI
za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Koszalinie**

WNIOSK

**o skierowanie.....osób bezrobotnych do wykonywania prac interwencyjnych
przez okres miesięcy**

na zasadach określonych w art. 51, art. 56 lub art. 59 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) oraz rozporządzenia 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 ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864).

W odniesieniu do beneficjenta pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 702 z późn. zm.) zastosowanie mają: rozporządzenie Komisji (UE)nr 1407/2013 z 18 grudnia 2013r. 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, str. 1), rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z 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 24.12.2013, str. 9) lub właściwe przepisy prawa Unii Europejskiej dotyczące pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

I. INFORMACJA O PRACODAWCY

- 1.Nazwa zakładu pracy
- 2.Adres siedziby
- 3.Miejsce prowadzenia działalności
- 4.Telefon.....e-mail
- 5.Forma organizacyjno – prawna
- 6.Data rozpoczęcia działalności
- 7.REGON.....PKDNIP
8. Numer rachunku bankowego
- 9.Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe w %.....
10. Liczba osób zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (oprócz właściciela):
- 11.Osoba odpowiedzialna za kontakt ze strony Pracodawcy:
.....tel.
- 12.Dane osób reprezentujących Pracodawcę uprawnionych do podpisania umowy:
.....

II. INFORMACJA O PLANOWANYCH PRACACH INTERWENCYJNYCH:

1. Rodzaj wykonywanych prac interwencyjnych oraz wymagania stawiane kandydatom:

| Stanowisko | Liczba osób | Wymagane wykształcenie, zawód, doświadczenie zawodowe | Proponowany okres zatrudnienia | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje | Rodzaj (zakres) wykonywanej pracy |
|------------|-------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

UWAGA! Powiatowy Urząd Pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli Pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.

2. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych:.....

.....

3. Proponowany wymiar czasu pracy:.....

4. System czasu pracy: podstawowy, równoważny (przedłużony do.....godzin), inny*
(jaki?.....).

5. Zmianowość.....

Praca w godzinach :

I zmiana od godz..... do godz..... II zmiana od godz..... do godz.....

III zmiana od godz..... do godz.....

Uwagi:.....

.....

6. Proponowane wynagrodzenie (brutto):.....

7. Wnioskowana miesięczna wysokość refundacji:

8. System wynagradzania : miesięczny, godzinowy, premiowy, akordowy, prowizyjny, inny*

9. Rodzaj umowy o pracę: na czas nieokreślony, na czas określony*

*niepotrzebne skreślić

III OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Oświadczam, że:

1. dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
2. w dniu złożenia wniosku **zalegam / nie zalegam*** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych,
3. spełniam warunki określone w *rozporządzeniu 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 2014, poz. 864)* – treść dostępna na stronie :
<http://koszalin.praca.gov.pl/dla-pracodawcow-i-przedsiębiorcow/wsparcie-tworzenia-miejsc-pracy/prace-interwencyjne>
4. **został / nie został *** wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust.3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023r. poz.1270 z późn. zm.),
5. **znajduję się / nie znajduję się*** na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji objętych sankcjami na podstawie Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>), **jestem / nie jestem*** powiązany osobowo lub kapitałowo z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są ww. środki sankcyjne, i które figurują na ww. liście,
6. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem(am) / nie zostałem(am)*** ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem / nie jestem*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
7. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
8. **posiadam/nie posiadam*** gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych,
9. zapoznałem/am się z treścią obowiązujących przepisów wyszczególnionych na 1 stronie niniejszego wniosku i z Zasadami organizowania prac interwencyjnych dostępnymi na stronie www.koszalin.praca.gov.pl oraz w siedzibie Urzędu,
10. zobowiązuję się po upływie okresu refundacji do utrzymania w zatrudnieniu stosownie do zawartej umowy skierowanych/skierowanego bezrobotnych/bezrobotnego odpowiednio przez okres minimum 3 lub 6 miesięcy,
11. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że Urząd będzie realizował ofertę pracy na bazie osób bezrobotnych figurujących w ewidencji PUP Koszalin zgodnie z wymaganiami określonymi we wniosku, a w przypadku realizacji prac interwencyjnych w ramach programów/projektów rynku pracy mogą zaistnieć dodatkowe wymogi w stosunku do kierowanych osób bezrobotnych,
12. wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy; przysługuje mi prawo wglądu i poprawiania moich danych osobowych zgodnie z *Rozporządzeniem 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*,
13. **prowadzę / nie prowadzę *** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów prawa wspólnotowego¹
W przypadku zaznaczenia negatywnej odpowiedzi wnioskodawcy nie dotyczy punkt 14 i 15 niniejszego oświadczenia
14. **spełniam / nie spełniam*** wszystkie przesłanki do udzielenia pomocy de minimis określone w *rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L352*

* niepotrzebne skreślić

¹**Działalność gospodarcza** – zgodnie z ustawą o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej należy przez to rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

Za działalność gospodarczą w rozumieniu prawa wspólnotowego uznaje się oferowanie dóbr i usług na rynku. W prawie wspólnotowym pojęcie przedsiębiorcy odnosi się do wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą bez względu na formę prawną i sposób finansowania. Niezależnie od faktu, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy oraz bez względu na fakt, czy jest to podmiot nastawiony na zysk, czy działający na zasadzie non profit.

z 24.12.2013, str.1), 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 24.12.2013, str. 9) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury, a w szczególności:

kwota udzielonej pomocy de minimis, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat podatkowych nie przekroczy pułapu pomocy de minimis, pomocy de minimis w: sektorze transportu drogowego towarów, sektorze rolnym i sektorze rybołówstw i akwakultury; nie prowadzę działalności związanej z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich.

15. W roku bieżącym oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

- **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
- **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w sektorze rolnym w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
- **Nie otrzymałem/am środków* / Otrzymałem/am środki*** stanowiących pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury w wysokości.....zł, co stanowi równowartośćeuro
- **Nie otrzymałem/am* / Otrzymałem/am*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis we wnioskowanym zakresie w wysokości.....zł, co stanowi równowartość.....euro.

Na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP www.sudop.uokik.gov.pl, która zawiera informacje odnośnie wielkości pomocy de minimis jaką otrzymał w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej.

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU

- Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w **przypadku, gdy wnioskodawca podlega przepisom o pomocy publicznej / de minimis**

POUCZENIE:

1. PUP weryfikuje w systemach teleinformatycznych (np. ZUS) prawdziwość złożonych przez Wnioskodawcę oświadczeń. Podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odpowiedzialnością karną i negatywnym rozpatrzeniem wniosku.
2. Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.
3. W przypadku nieprawidłowo wypełnionego lub niekompletnego wniosku Urząd wyznaczy wnioskodawcy co najmniej 7 – dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.
4. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku dane w nim zawarte będą stanowiły podstawę zawarcia i realizacji umowy, a niniejszy wniosek będzie stanowił integralną część umowy.
5. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

Informujemy, że zgodnie z art.59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024r. poz.475 ze zmianami) wykazy pracodawców i osób, z którymi zawarto umowy w przypadkach, o których mowa w art. 46 ust. 1 pkt 1 – 1d i 4, ust. 1a, art. 47 ust. 1, art. 51 ust. 1-4, art. 53 ust. 1, art. 53a ust. 1, art. 56, art. 57 ust. 1, 2 i 4 i art. 59 ust. 1 i 2 ustawy, są podawane do wiadomości publicznej przez powiatowy urząd pracy przez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu na okres 30 dni.

.....
(podpis Pracodawcy lub osoby
upoważnionej**)

* niepotrzebne skreślić

** wniosek winien być podpisany przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli Wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem.

WYPEŁNIA PUP

1. Wniosek spełnia/nie spełnia wymogi/gów formalne/nych.
2. Wobec Wnioskodawcy mają / nie mają zastosowanie przepisy o pomocy de minimis.
3. Pracodawca spełnia/nie spełnia warunki/ków do udzielania pomocy de minimis.
4. Dokonano weryfikacji oświadczeń i danych z wniosku w:

- CEiDG / KRS
- Shrimp II
- ZUS
- Lista sankcyjna

Uwagi:

.....

.....

.....

(data i podpis pracownika)