…………….…………….…………

 (miejscowość, data)

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

 (pieczęć Wnioskodawcy)

**STAROSTA KOLBUSZOWSKI**

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W KOLBUSZOWEJ**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

**(obowiązujący od 17.07.2025 r.)**

Na zasadach określonych w art. 135 i art. 138-139 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620).

W przypadku wystąpienia pomocy publicznej zastosowanie ma Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 468), Rozporządzenie 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 Nr 295, str. 2831), Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej w odniesieniu do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE. L Nr 352, str. 9 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 Nr 190, str. 45 z późn. zm.).

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy |  |
| Adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Numer telefonu |  |
| E-mail |  |
| Adres do doręczeń elektronicznych |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności |  |
| Data rozpoczęcia działalności |  |
| Rodzaj prowadzonej działalności |  |
| PKD (przeważające) |  | [ ]  PKD 2007 | [ ]  PKD 2025 |
| PKD działalności, w obszarze której będą zatrudnieni bezrobotni skierowani do prac interwencyjnych |  |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe |  |
| Forma opodatkowania |  |
| Stawka opodatkowania |  |
| Numer rachunku bankowego |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wypłata wynagrodzenia u Wnioskodawcy następuje | [ ]   | w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie |
| [ ]  | w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługiwało wynagrodzenie |
| Wielkość przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy publicznej \* | [ ]  mikroprzedsiębiorstwo | [ ]  małe przedsiębiorstwo |
| [ ]  średnie przedsiębiorstwo | [ ]  inne przedsiębiorstwo |

\* **mikroprzedsiębiorstwo –** to przedsiębiorstwo, którew co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP**\*\***mniej niż 10 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 mln euro.

**małe przedsiębiorstwo** – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP**\*\*** mniej niż 50 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 mln euro.

**średnie przedsiębiorstwo** – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniało średniorocznie RJP**\*\*** mniej niż 250 pracowników oraz osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 mln euro.

**inne przedsiębiorstwo** – przedsiębiorstwo nie spełniające warunków określonych powyżej**.**

**\*\*** *Roczne Jednostki Pracy (RJP) niezbędne do ustalenia statusu MŚP, należy obliczać zgodnie z zapisami artykułu 5 „Liczba personelu”* ***Załącznik I Rozporządzenia Komisji UE nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r****.* *Liczba personelu odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP.*

*W skład personelu wchodzą:*

1. *pracownicy,*
2. *osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego,*
3. *właściciele-kierownicy,*
4. *partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.*

*Praktykanci lub studenci odbywający szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym nie wchodzą w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.*

|  |
| --- |
| Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 3 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba zatrudnionych pracowników na ostatni dzień m-ca na podstawie umowy o pracę | Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie | Liczba osób zatrudnionych na umowę o dzieło |
| Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy |
| 1. |  |  |  |  |
|  |
| 2. |  |  |  |  |
|  |
| 3. |  |  |  |  |
|  |

Wg stanu na dzień …………………….… liczba zatrudnionych pracowników ogółem

 /data złożenia wniosku/

wynosi ……… osób, w przeliczeniu na pełnym wymiar czasu pracy wynosi ……… osób.

Wg stanu na dzień …………………….… liczba zatrudnionych pracowników na

 /data złożenia wniosku/

podstawie umowy zlecenie wynosi ……… osób, umowy o dzieło wynosi ……… osób.

**Oświadczam, że dokumenty potwierdzające powyższy stan znajdują się w moim posiadaniu i zostaną dostarczone na każde wezwanie Urzędu.**

**II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIENI SKIEROWANI BEZROBOTNI W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH:**

*Uwaga!*

*Zgodnie z art. 69 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia, pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w formach pomocy przysługuje:*

1. *bezrobotnym posiadającym Kartę Dużej Rodziny;*
2. *bezrobotnym powyżej 50. roku życia;*
3. *bezrobotnym bez kwalifikacji zawodowych;*
4. *bezrobotnym niepełnosprawnym;*
5. *długotrwale bezrobotnym;*
6. *bezrobotnym i poszukującym pracy, będącym osobami do 30. roku życia;*
7. *bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.*
8. Miejsce i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych), oraz niezbędne lub pożądane kwalifikacje:

**Stanowisko 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| Nazwa oraz kod zawodu(zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów) |  |
| Liczba miejsc pracy |  |
| Adres miejsca pracy |  |
| Rodzaj prac wykonywanych przez skierowanego bezrobotnego |  |
| Wymiar czasu pracy |  |
| Zmianowość | I zmiana | od ……………. do ……………. |
|  | II zmiana | od ……………. do ……………. |
|  | III zmiana | od ……………. do ……………. |
|  | Sobota | od ……………. do ……………. |
| Ruch ciągły | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Praca w niedzielę i święta | [ ]  TAK [ ]  NIE | od …………. do ………… |
| Praca w porze nocnej | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Praca w delegacji | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Tryb pracy | [ ]  stacjonarny | [ ]  zdalny | [ ]  hybrydowy |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia(zł / miesiąc brutto) |  |
| **Kwalifikacje i wymagania na stanowisku** | **Niezbędne** | **Pożądane** |
| Wykształcenie (z uwzględnieniem poziomu i kierunku) |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Doświadczenie zawodowe |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Uprawnienia |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Umiejętności |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Inne |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]

**Stanowisko 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| Nazwa oraz kod zawodu(zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów) |  |
| Liczba miejsc pracy |  |
| Adres miejsca pracy |  |
| Rodzaj prac wykonywanych przez skierowanego bezrobotnego |  |
| Wymiar czasu pracy |  |
| Zmianowość | I zmiana | od ……………. do ……………. |
|  | II zmiana | od ……………. do ……………. |
|  | III zmiana | od ……………. do ……………. |
|  | Sobota | od ……………. do ……………. |
| Ruch ciągły | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Praca w niedzielę i święta | [ ]  TAK [ ]  NIE | od …………. do ………… |
| Praca w porze nocnej | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Praca w delegacji | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Tryb pracy | [ ]  stacjonarny | [ ]  zdalny | [ ]  hybrydowy |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia(zł / miesiąc brutto) |  |
| **Kwalifikacje i wymagania na stanowisku** | **Niezbędne** | **Pożądane** |
| Wykształcenie (z uwzględnieniem poziomu i kierunku) |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Doświadczenie zawodowe |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Uprawnienia |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Umiejętności |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]
| Inne |
|  |[ ] [ ]
|  |[ ] [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenie(a) z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) w skali miesiąca od jednego zatrudnionego |  |
| Proponowana data zatrudnienia bezrobotnego(ych) skierowanego(ych) do pracy w ramach prac interwencyjnych |  |
| Proponowany okres zatrudnienia | od |  | do |  |
|  - w tym okres refundacji | od |  | do |  |

|  |
| --- |
| Osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do kontaktu z Urzędem w sprawach związanych z wnioskiem |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon |  |

|  |
| --- |
| Osoba prowadząca dokumentację księgową lub Biuro Rachunkowe do kontaktu |
| Imię i nazwisko lub nazwa biura rachunkowego  |  |
| Telefon |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (miejscowość, data) |  | (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy) |

**III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:**

**Część A:**

1. **☐ Prowadzę / ☐ nie prowadzę** działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 468).
2. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **☐ zostałem / ☐ nie zostałem** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i **☐ jestem / ☐ nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
3. W okresie 12 miesięcy przed datą złożenia wniosku **☐ byłem / ☐ nie byłem** organizatorem stażu i **☐ przerwałem / ☐ nie przerwałem** realizację stażu bez uzasadnionej przyczyny lub staż **☐ został / ☐ nie został** przerwany przez starostę z powodu nierealizowania przez organizatora programu stażu lub niedotrzymania warunków jego odbywania;
4. **☐ Zostałem / ☐ nie zostałem** wpisany na listę osób i podmiotów wobec których stosowane są środki sankcyjne, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 514).
5. Jestem świadomy, że nie mogę otrzymać refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w części, w której te same koszty zostałyby sfinansowane z innych środków publicznych.
6. **Zobowiązuję** się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych w niniejszym wniosku, mających wpływ na realizację zawartej na jego podstawie ewentualnej umowy.
7. **☐ Zapoznałem się / ☐ nie zapoznałem się** z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych umieszczoną na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej kolbuszowa.praca.gov.pl w zakładce „Dokumenty do pobrania – prace interwencyjne”.

 **Część B: (wypełniają wnioskodawcy prowadzący działalność gospodarczą)**

1. **☐ Spełniam / ☐ nie spełniam**warunki/ów 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 Nr 295, str. 2831).
2. **☐ Spełniam / ☐ nie spełniam**warunki/ów 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 Nr 352, str. 9 z późn. zm.).
3. **☐ Spełniam / ☐ nie spełniam** warunki/ów rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 Nr 190, str. 45 z późn. zm.).

**Oświadczenia i dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wnioskodawcy)

***Do wniosku należy dołączyć:***

* Kserokopię umowy spółki (w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki).
* Kserokopię dokumentu potwierdzającego utworzenie jednostki, np. akt założycielski, statut, uchwała o utworzeniu wraz z regulaminem, itp.
* Dokument potwierdzający prawo do użytkowania lokalu na potrzeby prowadzonej działalności gospodarczej, w którym zostaną zorganizowane prace interwencyjne, w przypadku gdy miejsce wykonywania pracy przez skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) jest inne niż wynika to z dokumentów rejestrowych (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności).
* Pełnomocnictwo osób działających w imieniu Wnioskodawcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów.
* Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach (ważne 30 dni od daty wystawienia).
* Oświadczenie Wnioskodawcy – Załącznik nr 1.
* Oświadczenie osoby zarządzającej/ reprezentującej podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych – Załącznik nr 2 (oświadczenie składa każda osoba zarządzająca/ reprezentująca lub mogąca reprezentować Wnioskodawcę, np. właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, pełnomocnik itd.).

Podmiot **będący beneficjentem** pomocy publicznej dodatkowo dołącza:

* Oświadczenie Wnioskodawcy o wielkości otrzymanej lub nieotrzymanej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie – Załącznik Nr 3.
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis –Załącznik Nr 4.
* Formularz informacji przedstawianych przez Wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – Załącznik nr 5.

***Wszystkie kserokopie przedkładanych dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.***

**UWAGA!**

*Wniosek wraz z kompletem dokumentów, prawidłowo uzupełniony, zostanie rozpatrzony* ***w terminie 30 dni od dnia jego złożenia,*** *o czym wnioskodawca zostanie poinformowany w formie pisemnej.*

*W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny, wnioskodawcy wyznaczony zostanie 7 dniowy termin na jego uzupełnienie. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia jego uzupełnienia.*

*Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie, pozostawia się bez rozpatrzenia.*

*W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zawierana jest umowa określająca wzajemne warunki współpracy.*

*Powiatowy Urząd Pracy zgodnie z art. 80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia, publikuje na stronie internetowej wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lata zawarto umowy w ramach form pomocy, w tym także umowy o organizację prac interwencyjnych.*

1. **ADNOTACJA PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO:**

|  |
| --- |
| Wniosek został zweryfikowany i [ ]  **jest zgodny /** [ ]  **nie jest zgodny** z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz regulacjami wewnętrznymi.[ ]  **Kwalifikuję /** [ ]  **nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**………………………………….. (data i podpis pracownika weryfikującego wniosek)Uwagi: ..……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………… |

1. **OPINIA DORADCY DS. ZATRUDNIENIA:**

|  |
| --- |
| W bazie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej [ ]  **znajdują /** [ ]  **nie znajdują** się osoby spełniające kryteria Wnioskodawcy do skierowania na stanowisko pracy utworzone w ramach prac interwencyjnych.[ ]  **Kwalifikuję /** [ ]  **nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**…………………………………… (data i podpis pracownika  weryfikującego wniosek)Uwagi: ..……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………… |

1. **STANOWISKO DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

|  |
| --- |
| [ ]  **Wyrażam zgodę /** [ ]  **nie wyrażam zgody**  na zawarcie umowy o organizację prac interwencyjnych dla ………….…….. osób/y / z refundacją przez okres …………….. miesięcy. ..……………………………………….……  (data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP)  |