Płońsk, dnia .................................

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

(pieczęć Pracodawcy)

**STAROSTA POWIATU PŁOŃSKIEGO**

**za pośrednictwem**

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**W PŁOŃSKU**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w art. 135 oraz art. 137 – 139 ustawy z dnia 20 marca 2025 r.

o rynku pracy i służbach zatrudnienia,

**Pouczenie:**

**Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z treścią art. 135 oraz art. 137 – 139 ustawy   
z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.**

1. Pełna nazwa Pracodawcy zgodna z nazwą określoną we wpisie do działalności gospodarczej: ....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................  
tel.: ............................................................. e-mail: ...................................................................................  
2. Adres siedziby Pracodawcy: ..................................................................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności: ……………………………………………………………………

4. REGON: ...................................... NIP: ........................................ KRS: ..............................................  
5. Nazwa i kod klasyfikacji prowadzonej działalności wg PKD:………………………………………... ………………………………....................................................................................................................  
6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: (osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą/ sp. z o.o./ sp. cywilna/ sp. akcyjna/ przedsiębiorstwo państwowe/ jednostka samorządu terytorialnego itp.)…………………………………………………………………………………………………. …...………………………………………………………….....................................................................

7. Forma opodatkowania: (pełna księgowość, karta podatkowa, księga przychodów i rozchodów, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych) ………………………………………………………………………….

..…………………………………………………………………………………………………………..  
8. Data rozpoczęcia wykonywania działalności: ……………...................................................................  
9. Liczba zatrudnionych pracowników: .....................................................................................................

10. Nazwa banku i numer konta: ………………………………...………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

11. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …….................%

12. Osoba upoważniona do kontaktów z urzędem:

Imię i nazwisko ………..........................................................................................................  
Stanowisko służbowe ……….................................................................................................  
Numer telefonu ………..........................................................................................................

13. Liczba osób bezrobotnych, proponowana do zatrudnienia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i kod zawodu**  **lub specjalności**,  zgodnie  z klasyfikacją zawodów  i specjalności dla potrzeb rynku pracy**\*** | **Opis stanowiska**  (rodzaj prac, które mają być wykonywane przez osoby skierowane) | **Liczba osób bezrobotnych**  proponowana do zatrudnienia | **Wnioskowany okres refundacji** | **Proponowany okres zatrudnienia**  (od dnia …. do dnia…) łącznie ze zobowiązaniem po okresie refundacji, wynoszącym połowę okresu przysługiwania tej refundacji | **Wnioskowana wysokość refundacji**  (max.1 600,00 zł + ZUS) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\* Zawody wg klasyfikacji zawodów i specjalności są dostępne m.in. na stronie internetowej <https://plonsk.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 13 listopada 2021 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

14. Liczba zmian oraz godziny pracy:…………………………………………………………………… ………..……….…………………….........................................................................................................

15. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych ……………………………………………………………………………………………………………

16. Miejsce świadczenia pracy przez bezrobotnego/ych: ………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

17. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi Pracodawcy co do bezrobotnego/ych: …………………..…..................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

18. Termin wypłaty wynagrodzenia pracownikom: (właściwe zaznaczyć „X”)

□ do ostatniego dnia miesiąca bieżącego □ do 10 dnia miesiąca za miesiąc

poprzedni

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

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oświadczenie Pracodawcy − (**załącznik nr 1)**.
2. Oświadczenie Pracodawcy dotyczące zaległości podatkowych wobec Krajowej Administracji Skarbowej **(załącznik nr 2).**
3. Oświadczenie Pracodawcy w zakresie niepodlegania wykluczeniu w związku z sankcjami wobec podmiotów i osób, które wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej na Ukrainie − (**załącznik nr 3)**.
4. Oświadczenie o otrzymaniu / nieotrzymaniu pomocy publicznej de minimis (**załącznik nr 4)** − *wymagane w przypadku beneficjentów pomocy de minimis.*
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis − (**załącznik nr 5)** *wymagane w przypadku beneficjentów pomocy de minimis.*
6. Formularz zgłoszenia krajowej oferty pracy.
7. Kserokopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, za ostatni miesiąc.
8. Kserokopia dokumentów poświadczających formę prawną funkcjonowania podmiotu:

* w przypadku osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej: kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
* w przypadku spółki cywilnej: kserokopia umowy spółki cywilnej;
* w przypadku jednostek podległych gminie lub powiatowi: kserokopia uchwały w sprawie powołania jednostki oraz Statutu;
* w przypadku pozostałych podmiotów gospodarczych: kserokopia aktualnego odpisu Krajowego Rejestru Sądowego.

1. Osoba upoważniona do reprezentowania Pracodawcy przedkłada upoważnienie/ pełnomocnictwo/ akt powołania − jeżeli nie wynika to z dokumentów rejestrowych.
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę użytkowania lokalu, w którym prowadzona jest działalność gospodarcza (np. umowa najmu, dzierżawy, akt własności, itp.) − jeżeli nie wynika to z dokumentów rejestrowych.

**UWAGA:**

W przypadku, gdy Pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

- Rozporządzeniu 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. oraz rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2019/316 z dnia 21 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1408/2013   
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.

- 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.

|  |
| --- |
| **UWAGA!**  **Wszystkie dokumenty składane w kserokopii muszą być potwierdzone za zgodność  z oryginałem.**  **Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, niezawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.** |

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych**

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku z siedzibą w Płońsku (09 100 Płońsk, ul. Wolności 12) reprezentowany przez Dyrektora Urzędu. Przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze. Administrator wyznaczył inspektora, z którym można się skontaktować: iod@pupplonsk.org.pl lub listownie - Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku, 09-100 Płońsk, ul. Wolności 12, z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych podane są w klauzuli informacyjnej dostępnej w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Płońsku, na stronie www (plonsk.praca.gov.pl) i Biuletynie Informacji Publicznej Administratora (www.bip.pupplonsk.org.pl).

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

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**Załącznik nr 1   
do wniosku o organizację prac interwencyjnych**

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………..…………………................

(imię i nazwisko)

reprezentujący/a………………………………………………………………………..…………………

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

(oznaczenie Pracodawcy − pełna nazwa i adres)

1. **byłem/nie byłem \*** w okresie ostatnich 2 lat prawomocnie skazany 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, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r.- Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony   
   w przepisach prawa obcego;
2. **zalegam/nie zalegam**\* na dzień złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych, z wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników oraz innych danin publicznych;
3. **jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej; beneficjentem pomocy publicznej – należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który ubiega się o pomoc publiczną   
   w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.;
4. skierowani bezrobotni zostaną zatrudnieni na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy   
   i otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych, takie jak pracownicy na podstawie umowy o pracę.
5. wnioskowane przeze mnie stanowisko pracy, zgodne z kodem zawodu określonym we wniosku dla skierowanych osób bezrobotnych wynika z obowiązującego regulaminu wynagradzania pracowników na dzień złożenia wniosku.

***\*****niewłaściwe skreślić*

**Oświadczenie:**

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

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

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**Załącznik nr 2**

**do wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych**

**Oświadczenie**

złożone na podstawie art. 74 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………..…………………..............

(imię i nazwisko)

Reprezentujący/a………………………………………………………………………..………………...

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

(oznaczenie Pracodawcy − pełna nazwa i adres)

oświadczam, że na dzień złożenia wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych:

**- posiadam zaległości podatkowe\*,**

- nie posiadam zaległości podatkowych\*

**wobec organów Krajowej Administracji Skarbowej (KAS)**.

***\*****niewłaściwe skreślić*

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

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**Załącznik nr 3   
do wniosku o organizację prac interwencyjnych**

**OŚWIADCZENIE   
O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU W ZWIĄZKU   
Z SANKCJAMI WOBEC PODMIOTÓW I OSÓB, KTÓRE WSPIERAJĄ   
DZIAŁANIA WOJENNE FEDERACJI ROSYJSKIEJ NA UKRAINIE**

Zgodnie z poniższymi dokumentami:

* Ustawą z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,
* Artykułem 5l Rozporządzenia Rady (UE) NR 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącym środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie;
* Rozporządzeniem Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącym środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy
* Rozporządzeniem Rady (UE) NR 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających
* Rozporządzeniem Rady (UE) NR 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącym środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie

**Oświadczam, że:**

1. nie podlegam wykluczeniu z otrzymania wsparcia wynikającym z nałożonych sankcji.
2. nie jestem związany/a z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych jak i krajowych i sam nie znajduję się na tej liście.

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

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**Załącznik nr 4  
do wniosku o organizację prac interwencyjnych**

**Oświadczenie Wnioskodawcy   
o otrzymanej pomocy publicznej de minimis**

**Podstawa prawna: Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu 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)**

Ja niżej podpisany/a …………………………………………………………..………………….......

(imię i nazwisko)

reprezentujący/a………………………………………………………………………..……………..

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

(oznaczenie Pracodawcy pełna nazwa i adres)

**oświadczam, że:**

w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku **otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)\*** środków stanowiących pomoc publiczną de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie, zgodnie ze stanem faktycznym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający**  **pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia**  **pomocy** | **Wartość pomocy euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** | | | |  |

**Otrzymałem(-am) / nie otrzymałem (-am)\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie dostępny w tut. Urzędzie.

***\*****niepotrzebne skreślić*

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

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)