



Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy w Świdniku:

Wpisano do spisu wniosków pod nr:

DRP - RIP - 5912 - ...../2024

## **WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Podstawa prawna:

1. art. 51, art. 59 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn.zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 roku w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 30.06.2014 roku, poz. 864), zm rozporządzeniem z dnia 26.06.2024r. (Dz. U. z 28.06.2024, poz 952)

### **A. DANE WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa pracodawcy .....
2. Adres siedziby .....
3. Miejsce prowadzenia działalności .....
4. Adres korespondencyjny .....
5. Adres zamieszkania Pracodawcy lub Przedsiębiorcy w przypadku osoby fizycznej.....
6. REGON.....
7. NIP.....
6. Numer telefonu.....
7. e-mail .....
8. PKD 2007 .....
9. Stopa ubezpieczenia wypadkowego zgodnie z deklaracją ZUS P DRA .....
10. Dane osoby do kontaktu z Urzędem Pracy:  
imię i nazwisko.....  
stanowisko służbowe .....
- telefon kontaktowy.....



## B. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia: 1
2. Opis stanowiska pracy

|   |  |
|---|--|
| Nazwa stanowiska pracy                    |  |
| kod zawodu zgodny z klasyfikacją<br>KZiS: |  |
| rodzaj prac jakie będą wykonywane:        |  |

3. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje

|   |  |
|---|--|
| poziom i rodzaj wykształcenia<br>(minimalne)*(*właściwe zaznaczyć): | <input type="checkbox"/> Podstawowe/gimnazjalne*<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe* - kierunek:<br>.....<br><input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące*<br><input type="checkbox"/> średnie zawodowe* - kierunek/ specjalność:<br>.....<br><input type="checkbox"/> wyższe* – kierunek/ specjalność:<br>..... |
| Dodatkowe wymagania (uprawnienia, umiejętności i inne):             |  |
| doświadczenie zawodowe (staż pracy):                                |  |

4. Warunki pracy

|  |             |
|--|-------------|
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia miesięcznego brutto:  |             |
| wymiar czasu pracy:  |             |
| ilość zmian:   |             |
| Miejsce świadczenia pracy przez skierowanego bezrobotnego: |             |
| Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia           | ..... + ZUS |
| Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez bezrobotnego    |             |

5. Wnioskowany okres refundacji\*(\*zaznaczyć właściwe):

- do **6 miesięcy** w pełnym wymiarze czasu pracy.\*  
Pracodawca zobowiązany będzie do zatrudnienia osoby bezrobotnej w **pełnym wymiarze czasu pracy** przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji;
- do **6 miesięcy** w połowie wymiaru czasu pracy\*  
Pracodawca zobowiązany będzie do zatrudnienia osoby bezrobotnej w **co najmniej połowie** wymiaru czasu pracy przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji
- do **24 miesięcy**: w pełnym wymiarze czasu pracy (tylko osoby powyżej 50 roku życia)\*  
Pracodawca zobowiązany będzie do zatrudnienia osoby bezrobotnej w **pełnym** wymiarze czasu pracy przez okres **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji

6. Deklaruję, że po upływie wymaganego okresu zatrudnienia wynikającego z pkt. 4, zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia osoby/osób bezrobotnych skierowanych przez Urząd przez okres co najmniej **1** miesiąca: **TAK/NIE\***.(\*niepotrzebne skreślić)

### C. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

**Oświadczam, że:** (\*niepotrzebne skreślić)

1. Zapoznałem(am) się z treścią Zasad organizacji prac interwencyjnych (dostępnego na stronie internetowej) **TAK / NIE\***
2. posiadam wymagalne zaległości w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych oraz innych danin publicznych, których obowiązek uiszczenia wynika z przepisów prawnych); **TAK / NIE\***
3. posiadam wymagalne zaległości w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; **TAK / NIE\***
4. zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom; **TAK / NIE\***
5. posiadam nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne; **TAK / NIE\***
6. byłem(am) karany(a) w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024r., poz.17 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz.U. z 2023r., poz.659 z późn.zm.); **TAK / NIE\***
7. zapoznałem/am się z Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych dla podmiotów (kontrahentów) korzystających z usług oraz innych form pomocy znajdującą się na stronie urzędu pracy pod adresem <https://swidnik.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych/> **TAK / NIE\***
8. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach;
9. jestem beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 702)

tj. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną; **TAK / NIE\***

10. otrzymałem decyzję Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem **TAK / NIE \***
11. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia o ewentualności przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy ;
12. zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis
13. jestem świadom(a) obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nie utrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.

**Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

miejsowość, data: .....

podpis i pieczęćka imienna Wnioskodawcy: .....

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH:**

1. Dotyczy spółek cywilnych – kopia umowy spółki (potwierdzona za zgodność z oryginałem).
2. Załącznik Nr 1 – Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy

**Dokumenty dotyczące wyłącznie beneficjentów pomocy publicznej:**

1. Załącznik Nr 2 – Oświadczenie Pracodawcy/Przedsiębiorcy dot. pomocy publicznej.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **lub**,
3. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

**Uwaga:** Kopie przekładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy.

**POUCZENIE:**

**W PRZYPADKU, GDY WNIOSEK JEST NIEPRAWIDŁOWO WYPEŁNIONY LUB NIEKOMPLETNY, STAROSTA WYZNACZA WNIOSKODAWCY CO NAJMNIEJ 7-DNIOWY TERMIN NA JEGO UZUPEŁNIENIE.**