|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obraz zawierający Czcionka, Grafika, projekt graficzny, logo  Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna. | **Powiatowy Urząd Pracy w Lubinie**  ul. Jana Kilińskiego 12b, 59-300 Lubin  tel.: 767 461 401, www: lubin.praca.gov.pl  e-mail: wrln@praca.gov.pl, sekretariat@puplubin.pl  e-Doręczenia: AE:PL-21277-22353-JBVAS-20  ePUAP: /puplubin/SkrytkaESP | Obraz zawierający Czcionka, tekst, logo, Grafika  Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna. |

|  |  |
| --- | --- |
| Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy w Lubinie | |
| Nr wniosku |  |
| Nr oferty |  |
| Nr umowy |  |

# **WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

# Podstawa prawna:

# Art. 135 Ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia Dz. U. z 2025, poz. 620 art.135

* Zatrudnienie na okres od 3 do 12 miesięcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I -DANE WNIOSKODAWCY:** | | | |
| Nazwa pracodawcy | |  | |
| Imię i nazwisko dyrektora/właściciela/prezesa | |  | |
| Imię i nazwisko, stanowisko osoby umocowanej do zawierania umów cywilno-prawnych | |  | |
| Adres siedziby | |  | |
| Miejsce prowadzenia działalności | |  | |
| Numer identyfikacyjny REGON | |  | |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP), jeśli został nadany | |  | |
| Forma organizacyjno–prawna prowadzonej działalności | |  | |
| Wysokość składki wypadkowej  (w procentach) | |  | |
| Obecnie zatrudniam/y pracowników (tylko osoby zatrudnione na umowę  o pracę) | |  | |
| Termin wypłat wynagrodzeń pracowniczych jest realizowany (odpowiednie zaznaczyć) | |  w bieżącym miesiącu   do 10 dnia następnego miesiąca | |
| Adres do korespondencji | |  | |
| Nazwa Banku i Nr konta | |  | |
| Dane kontaktowe: (podanie poniższych danych nie jest obowiązkowe, ale ich podanie usprawni realizację wsparcia) | | | |
| Telefon | |  | |
| Adres email | |  | |
| **CZĘŚĆ II - DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRAC INTERWENCYJNYCH** | | | |
| **WNIOSKOWANY OKRES ZATRUDNIENIA (okres refundacji oraz ustawowy obowiązek zatrudnienia – połowa okresu przyznanej refundacji licząc od jej zakończenia)** | |  | |
| Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia | |  | |
| Miejsce pracy bezrobotnych | |  | |
| Informacje dotyczące stanowiska pracy | Nazwa stanowiska pracy |  | |
| Zakres obowiązków na stanowisku pracy |  | |
| niezbędne lub pożądane kwalifikacje (kierowane będą tylko osoby ze wskazanymi kwalifikacjami) | | *poziom wykształcenia* | *doświadczenie zawodowe* |
| *Kierunek / specjalność* |
| *Dodatkowe umiejętności* | *uprawnienia* |
| *Znajomość języków obcych - poziom* | *inne* |
| zmianowość | |  | |
| godziny pracy  (godzina rozpoczęcia i zakończenia pracy) | |  | |
| system pracy (podstawowy, równoważny itp.) | |  | |
| Zatrudnienie wymaga pracy w: | | * niedzielę * święta * w porze nocnej | |
| wymiar czasu pracy | |  | |
| wysokość proponowanego wynagrodzenia dla bezrobotnych brutto | |  | |
| planowana data rozpoczęcia pracy | |  | |
| wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych | |  | |
| CZĘŚĆ III -OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY  (w poniższych oświadczeniach należy przekreślić niewłaściwe) | | | |
| **oświadczam, że**: **Nie zalegam / zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczanie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**Nie zalegam / zalegam** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.**Nie zalegam / zalegam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników  lub na ubezpieczenie zdrowotne. **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**  Lubin, dnia: …………………………………  Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentacji: | | | |
| **Ponadto oświadczam, że:**   1. **Nie posiadam / posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych. 2. **Nie jestem objęty / jestem objęty** postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dotyczącym naruszenia praw pracowniczych. 3. W okresie ostatnich do 365 dni przed złożeniem wniosku **nie zostałem / zostałem** prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy. **Nie jestem / jestem objęty** postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy 4. **Ciąży / nie ciąży** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy. 5. **Spełniam / nie spełniam** warunków określonych w 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 (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023). 6. **Spełniam / nie spełniam** warunków określonych w Rozporządzeniu 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 24.12.2013 str. 9,  z późn. zm.) 7. **Spełniam / nie spełniam** warunków 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 190 z 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.) 8. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Lubinie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.   **Wszelkie informacje podane we wniosku, oraz w załączonych dokumentach są prawdziwe, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy faktu, iż złożenie nieprawdziwych oświadczeń w powyższym zakresie, w przypadku zawarcia umowy stanowi podstawę do jej rozwiązania i żądania zwrotu wypłaconych środków.**  Lubin, dnia: ………………………………….  Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentacji: | | | |
| **CZĘŚĆ IV – POUCZENIE** | | | |
| 1. Powiatowy Urząd Pracy w Lubinie przed udzieleniem formy pomocy (prac interwencyjnych) pozyskuje za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1 pkt 1 i 10 ustawy, od:    1. organów Krajowej Administracji Skarbowej – informacje o zaległościach podatkowych;    2. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – informacje o niedopełnieniu przez pracodawcę lub przedsiębiorcę obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych, lub niezgłoszeniu do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń;    3. z systemu teleinformatycznego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego – informacje o zaległościach z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.   Dyrektor Urzędu może odmówić przyznania formy pomocy (prac interwencyjnych), jeżeli uzyskał informację o naruszeniach, o których mowa w pkt. 3.   1. Umowa dotycząca prac interwencyjnych jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia. 2. Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne jest finansowana ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania. 3. Na podstawie art. 80 ustawy Powiatowy Urząd Pracy publikuje na stronie internetowej urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich dwóch lat zawarto umowy w ramach form pomocy. Wykaz jest prowadzony w systemie teleinformatycznym i zawiera: nazwę pracodawcy, przedsiębiorcy albo innego podmiotu, z którym zawarto umowę; formę pomocy, liczbę utworzonych stanowisk pracy lub stanowisk utworzonych w ramach form pomocy. 4. Pani/Pana dane osobowe Powiatowy Urząd Pracy w Lubinie przetwarza zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz.Urz. UE L 119, s.1) – dalej RODO. Informacje, o których mowa w art.13 ust. 1 i 2 RODO są dostępne w siedzibie Powiatowego Urzędu Pracy w Lubinie oraz na stronie internetowej pod adresem: https://lubin.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych. | | | |

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (wzór formularza dostępny w siedzibie Urzędu lub na stronie internetowej: https://lubin.praca.gov.pl/) (dotyczy pracodawcy będącego beneficjentem pomocy publicznej)
2. 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 Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubinie lub na stronie internetowej <https://lubin.praca.gov.pl/>);
3. oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis;
4. w przypadku spółek cywilnych – kserokopia umowy wraz z aneksami potwierdzona za zgodność z oryginałem (w przypadku braku potwierdzenia należy okazać oryginał do wglądu);
5. pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy;
6. oświadczenia osób reprezentujących podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osób nim zarządzających (załącznik nr 1). Oświadczenia składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot i osoby nim zarządzające;

|  |
| --- |
| **Część V - Opinia pracownika urzędu dot. dotychczasowej współpracy wnioskodawcy z PUP Lubin** |
|  |

Data i podpis pracownika ……………………………………….

|  |
| --- |
| **Część VI - Sposób rozpatrzenia:** |
| **Pozytywnie:**  **-** refundacja na okres …………… miesięcy  - ustawowy obowiązek zatrudnienia po okresie refundacji ………………… miesięcy  - dla …………… osoby/osób bezrobotnej/ych  Finansowanie refundacji ze środków ……………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Negatywnie:**  Uzasadnienie: |

Data i podpis …………………………………………………………

Załącznik nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA OSÓB REPREZENTUJĄCYCH PODMIOT UBIEGAJĄCY SIĘ O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH LUB OSÓB NIM ZARZĄDZAJĄCYCH**  **Oświadczenia składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot i osoby nim zarządzające** | |
| Ja, niżej podpisany/a | imię i nazwisko |
| reprezentujący/a | nazwa podmiotu, NIP |
| Ubiegający/a się o organizację prac interwencyjnych,   1. **oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem/am prawomocnie skazany/a za:**    1. przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń,    2. przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów,    3. przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym,    4. przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 i 1228),    5. przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, 850, 879, 1685 i 1721),    6. ani za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego. 2. **Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**   (miejscowość, data)  (podpis osoby składającej oświadczenie) | |