



**2024**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
W KWIDZYNIE**

**WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Na zasadach określonych w art. 51 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.), rozporządzeniu 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. 2014 r. poz. 864) dla jednostek będących beneficjentem pomocy publicznej

**DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Nazwa Pracodawcy .....  
.....
2. Adres siedziby .....  
.....
3. Miejsce prowadzenia działalności .....  
.....
4. Telefon / fax / e mail .....  
.....
5. Osoba uprawniona do reprezentowania Pracodawcy .....  
.....  
(imię, nazwisko, stanowisko, tel.)
6. NIP ....., REGON .....  
PKD .....
7. Nazwa banku .....  
Numer konta .....
8. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności .....  
.....

9. Rodzaj prowadzonej działalności.....  
.....
10. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc: *(właściwie zakreślić - X)*

☐ mikro                      ☐ mały                      ☐ średni                      ☐ inne

11. Forma opodatkowania: *(właściwie zakreślić - X)*

☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych                      ☐ karta podatkowa

☐ pełna księgowość                      ☐ książka przychodów i rozchodów

12. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe .....

13. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy:

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| .....             | .....        |
| (imię i nazwisko) | (stanowisko) |
| .....             | .....        |
| (imię i nazwisko) | (stanowisko) |

**DANE DOTYCZĄCE PRAC INTERWENCYJNYCH PRZY WYKONYWANIU, KTÓRYCH MAJĄ BYĆ ZATRUDNIENI SKIEROWANI BEZROBOTNI:**

1. Proponowana forma prac interwencyjnych w ramach art. 51 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy: *(właściwie zakreślić -X)*

☐ zgodnie z art. 51 ust. 1 *(zatrudnienie do 6 m-cy w pełnym wymiarze czasu pracy, refundacja kosztów co miesiąc),*

☐ zgodnie z art. 51 ust. 2 *(zatrudnienie do 6 m-cy co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy, refundacja kosztów co miesiąc),*

☐ zgodnie z art. 51 ust. 3 *(zatrudnienie do 12 m-cy w pełnym wymiarze czasu pracy, refundacja kosztów co drugi miesiąc).*

2. Ilość bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych na nowych stanowiskach pracy (ogółem) .....

3. Proponowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych od ..... do .....

4. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanych bezrobotnych ..... zł/m-c.

5. Miejsce świadczenia prac .....

.....

6. Rodzaj prac oraz niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymogi w zakresie prac interwencyjnych:

| Lp. | Rodzaj prac | Ilość osób | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje | Proponowane koszty miesięczne (Pracodawcy), w tym składka ZUS dla skierowanych bezrobotnych |
|-----|-------------|------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |             |            |                                     |                                                                                             |
|     |             |            |                                     |                                                                                             |
|     |             |            |                                     |                                                                                             |
|     |             |            |                                     |                                                                                             |

7. Wnioskowana kwota refundowanego z Funduszu Pracy wynagrodzenia oraz należnych składek ubezpieczeniowych od tego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ..... zł.

**Ponadto oświadczam(-y), że:**

1. Zapewniam(-am) po upływie prac interwencyjnych dalsze zatrudnienie osób na podstawie umów o pracę na okres co najmniej ..... miesięcy (*przy refundacji 6 miesięcznej minimalny okres utrzymania zatrudnienia po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne wynosi 4 miesiące, a w przypadku refundacji 12 miesięcznych dodatkowy okres zatrudnienia wynosi co najmniej 6 miesięcy*).
2. Jestem(-śmy) świadom(-a, -i) iż nie wywiązanie się z warunku o którym mowa w pkt 1 lub naruszenie innych warunków umowy powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi.
3. Nie zalegam(-y) w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
4. Nie został złożony wniosek o upadłość ani o likwidację zakładu.
5. Jestem beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.).
6. O wsparcie ubiegam się w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej:

☐ tak

☐ nie

7. Podmiot, który reprezentuję:

- **spełnia/nie spełnia/nie dotyczy\*** warunki/ów warunki/ów rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. kw sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. UE L 352 z 24.12.2013r.),
- **spełnia/ nie spełnia/ nie dotyczy\*** warunki/ów rozporządzenia Komisji (WE) 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 r. z późn. zm.),
- **spełnia/ nie spełnia/ nie dotyczy\*** warunki/ów rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. 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 28.06.2014r.).

8. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku nie zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

**Wyrażam(-y) zgodę na przetwarzanie moich (naszych) danych osobowych dla celów związanych z wykonywaniem zadań PUP w Kwidzynie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm.).**

**Świadom(-a, -i) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam(- y), że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
(podpis i imienna pieczęć Głównego Księgowego  
lub osoby upoważnionej)

.....  
(podpis i imienna pieczęć Pracodawcy  
lub osoby upoważnionej)

**Wymienione załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.  
Tylko wniosek kompletny i prawidłowo sporządzony podlega rozpatrzeniu  
w terminie 30 dni od dnia jego złożenia.**

**ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE GWARANTUJE PRYZNANIA REFUNDACJI ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY**

**Wnioski wraz z kompletem dokumentów składa się w siedzibie PUP - pokój 18, I piętro  
w godzinach od 7.30 do 14.00.**

\* niepotrzebne skreślić

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia podmiotu (Uchwała, Statut).
2. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek ZUS.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. (Dz.U. z 2010 r. Nr 53 poz. 311) lub (jeśli dotyczy) formularz informacji składanych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 121 poz. 810).
4. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

.....  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość i data)

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Jako Wnioskodawca oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat:

- otrzymałem środki stanowiące pomoc *de minimis*\*
- nie otrzymałem środków stanowiących pomoc *de minimis*.\*

| L.p.  | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
|-------|--------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| 1.    |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 2.    |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 3.    |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 4.    |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 5.    |                          |                 |                         |                       |                                           |
| Razem |                          |                 |                         |                       |                                           |

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną\* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* 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.

**Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:**

*„Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zatajając prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

.....  
(pieczętka i podpis Wnioskodawcy)

**Uwaga:**

Do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc zaświadczeń, oświadczeń lub informacji, o których mowa w art. 37 ust. 1, 2 i 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.), pomoc nie może być udzielona temu podmiotowi.

\* niepotrzebne skreślić

## **OŚWIADCZENIE O EWENTUALNYCH POWIĄZANIACH WNIOSKODAWCY Z INNYMI PRZEDSIĘBIORSTWAMI**

.....

.....  
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres wnioskodawcy)

Czy pomiędzy wnioskodawcą, a innymi przedsiębiorstwami istnieją powiązania polegające na tym, że:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) jedno przedsiębiorstwo posiada w drugim przedsiębiorstwie większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców?                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2) jedno przedsiębiorstwo ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa?                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3) jedno przedsiębiorstwo ma prawo wywierać dominujący wpływ na inne przedsiębiorstwo zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorstwem lub postanowieniami w jego akcie założycielskim lub umowie spółki?                                                                                  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 4) jedno przedsiębiorstwo, które jest akcjonariuszem lub udziałowcem innego przedsiębiorstwa, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub udziałowcami tego przedsiębiorstwa, większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców tego przedsiębiorstwa? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 5) przedsiębiorstwo pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jedno inne przedsiębiorstwo lub kilka innych przedsiębiorstw?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy dołączyć zaświadczenia lub oświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.) oraz numery NIP wszystkich powiązanych z wnioskodawcą przedsiębiorstw.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE O EWENTUALNYM ŁĄCZENIU, PRZEJĘCIU LUB  
POWSTANIU WNIOSKODAWCY W WYNIKU PODZIAŁU**

.....  
.....  
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres wnioskodawcy)

Czy wnioskodawca w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

- |                                                                                           |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) powstał skutek połączenia się co najmniej dwóch przedsiębiorstw?                       | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2) przejął inne przedsiębiorstwo?                                                         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorstwa na co najmniej dwa przedsiębiorstwa? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 i 2, należy dołączyć zaświadczenia lub oświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz numery NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorstw.

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3, należy dołączyć zaświadczenia, o których mowa w art. 37, ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, dotyczące pomocy de minimis udzielonej przedsiębiorstwu przed podziałem w odniesieniu do przejmowanej przez wnioskodawcę działalności. Jeśli taki podział jest niemożliwy należy dołączyć wszystkie zaświadczenia udzielone przedsiębiorstwu przed podziałem. Jednocześnie w obu przypadkach należy podać numer NIP przedsiębiorstwa przed podziałem.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)