

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY**  
**UL. WYZWOLENIA 17**  
**41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE**

.....  
(pozycja rejestru zgłoszeń)

**WNIOSEK**  
**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620 z późn.zm.), Ustawie o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 500); Ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r., poz. 236); 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 r.); 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 r., str.9, z późn.zm.); Rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz.UE L 193 z 25.07.2007 r.); Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 ze zmianami); Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810).

- I. 1. Nazwa zakładu pracy**.....
- adres siedziby.....
- miejsce prowadzenia działalności.....
- tel..... e-mail.....
- REGON ..... NIP..... PKD.....
- dokument określający status prawny firmy: .....
- forma prawna prowadzonej działalności.....
- rodzaj prowadzonej działalności: .....
- .....data rozpoczęcia.....

**2. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy:**

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/stanowisko/

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/stanowisko/

**3. Dane osoby do kontaktu z Urzędem:**

.....  
(nazwisko i imię, stanowisko służbowe, nr telefonu, adres e-mail)

## II. Dane dotyczące organizacji planowanych prac interwencyjnych:

Nazwa stanowiska	Ilość miejsc pracy	Wymagane kwalifikacje				Wnioskowany okres refundacji w ramach umowy	Wynagrodzenie miesięczne (brutto)	Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego
		Wykształcenie	Staż pracy	Dodatkowe kwalifikacje konieczne	Dodatkowe kwalifikacje mile widziane			
	1							

Proponowana część wynagrodzenia i składek ZUS do refundacji .....

1. Po okresie refundacji zapewniam zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie umowy o pracę:  
(co najmniej połowa okresu przysługiwania refundacji)

Czas określony			Czas nieokreślony	
Nazwa stanowiska	Ilość	Okres	Nazwa stanowiska	Ilość
	1			1

2. Informacje dotyczące zatrudnienia osób bezrobotnych:

- godziny pracy .....- zmienowość .....

.....

/miejsce wykonywania pracy /adres/

- rodzaj pracy.....

## III. OŚWIADCZAM, ŻE:

- Na dzień złożenia wniosku zatrudniam ..... pracowników (w przeliczeniu na pełny etat).
- W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, proszę podać liczbę zwolnionych pracowników i przyczynę zwolnień:
  - dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy.....
  - niepełnosprawności.....
  - przejścia na emeryturę z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego.....
  - dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy.....
  - zgodnego z prawem zwolnienia za naruszenie obowiązków pracowniczych.....
  - redukcja etatu.....
- Dotychczas korzystałem ze środków Funduszu Pracy – (TAK / NIE) w formie:.....

(prac interwencyjnych, organizowania stażu, dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej, wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, programu specjalnego, pożyczki, itp.)

#### IV. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

1. *Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.*
2. ***Nie załączam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wplatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.*
3. ***Nie załączam** z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenia zdrowotne*
4. ***Nie załączam** z opłacaniem innych danin publicznych.*
5. ***Nie toczy się** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.*
6. ***Nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.*
7. ***Nie byłem/tam skazany/a** w okresie ostatnich 2 lat przed dniem złożenia wniosku 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 17 i 1228), 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) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.*
8. *Oświadczam, że w okresie obejmującym pełne 3 lata wstecz od złożenia wniosku **otrzymałem / nie otrzymałem\*** ..... euro środków stanowiących pomoc de minimis.*
9. ***Spełniam / nie spełniam\*** warunki odnoszące się do dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej oraz niezwłocznie powiadomię o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.*
10. ***Wyrażam zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*
11. *W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **został skazany / nie został skazany\*** prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **jest objęty / nie jest objęty\*** postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.*
12. *W okresie poprzedzającym złożenie niniejszego wniosku **nie uzyskał / uzyskał\*** inną pomoc niż pomoc de minimis (w przypadku uzyskania pomocy proszę o złożenie oświadczenia, iż dana pomoc **nie kumuluje się / kumuluje się\*** z wnioskowaną pomocą). W sytuacji korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.*
13. *Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich ul. Wyzwolenia 17, 41-103 Siemianowice Śląskie do Krajowego Rejestru Długów Biura Informacji Gospodarczej SA o ujawnienie informacji gospodarczych podmiotu, który reprezentuję.*

***Oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, że dane zawarte w powyższych oświadczeniach są zgodne z prawdą.  
Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

#### V. ZAŁĄCZNIKI:

1. ***Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc DE MINIMIS.***
2. *Kserokopia umowy spółki cywilnej potwierdzona za zgodność z oryginałem (**dot. tylko spółek cywilnych**).*

.....  
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

#### UWAGA:

1. ***Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.***
2. ***Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią organizatora.***

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Siemianowicach Śląskich tel. 32 765-29-45 e-mail kancelaria@pup.siemianowice.pl. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej [siemianowiceslaskie.praca.gov.pl](http://siemianowiceslaskie.praca.gov.pl) lub w siedzibie Administratora. Z Inspektorem ochrony danych wyznaczonym w Urzędzie można skontaktować się na adres e-mail [iod@comp-net.pl](mailto:iod@comp-net.pl).