Dnia...................................

(pieczątka pracodawcy)

##### Powiatowy Urząd Pracy

**w Ostródzie**

##### WNIOSEK

##### O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

**A) Informacja dotycząca pracodawcy**

1. Pełna nazwa (firma) pracodawcy

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

1. Adres i siedziba pracodawcy ………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................................
2. Miejsce prowadzenie działalności gospodarczej…..……………………………….…..…………..…..
3. Telefon…………….…………………………………………. fax …………….………………….……… email…………...….………………………………………………………………..………………….……
4. Numer identyfikacji REGON …..…………………………………………………………………….……
5. Numer identyfikacji NIP……………………………………………………………………………………
6. Klasa podstawowej działalności wg PKD…………………………….………..………………….……..
7. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej…………………………………..……………….……....
8. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności …………………….………..………....….
9. Forma opodatkowania przedsiębiorcy …………………………………………………….………..…..
10. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe ……………………………………………….………
11. Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1) ………………………………………………………………………………………………………………
12. Imię i nazwisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji/ reprezentacji w sprawie złożonego…………………………………………………………………………..…………………..……
13. Osoba/y upoważniona/e do podpisywania umowy (osoba fizyczna, spółki osobowe-zgodnie z umową spółki, spółki prawa handlowego- zgodnie z KRS)……………………………… ..…………………………………………………………………………..….…………………………….…

**B) OŚWIADCZENIE pracodawcy ubiegającego się o prace interwencyjne po zapoznaniu się z informacją do wniosku .**

***Oświadczam, że:***

1. **Liczba zatrudnionych *w przeliczeniu na pełne etaty* w ostatnich 12 – tu miesiącach wynosi** :

|  |  |
| --- | --- |
|  ***12 MIESIECY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU*** | Średnie zatrudnienie z 12 m-cy |
| **Poszczególne miesiące i rok** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy z wyłączeniem osób wyszczególnionych poniżej:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie, umowę o dzieło |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba właścicieli/ osób współpracujących  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. ***Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty na dzień składania wniosku wynosi***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy(z wyłączeniem osób wyszczególnionych poniżej:***  |  |
| ***Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie,*** ***umowę o dzieło.*** |  |
| ***Liczba właścicieli / osób współpracujących***  |  |

***Niniejszym oświadczam, że jestem\*/ nie jestem\**** *beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 702 z późn. zm.).*

**\*- niewłaściwe skreślić**

**C. Informacja o planowanym przyjęciu bezrobotnego ( właściwe wypełnić)**

1. **Wnioskuję o skierowanie** …………. (ilość osób) bezrobotnego/ych do pracy w ramach prac interwencyjnych **w pełnym wymiarze czasu pracy** tj.;
* …………………(ilość osób) **z refundacją na okres do 6-ciu miesięcy** w terminie od dnia........................................................... do dnia ............................................. ***i zobowiązuję się do zatrudnienia ……….……… osób/y po zakończeniu refundacji prac interwencyjnych na okres 3 - ec***h ***miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy;***
* ……….……(ilość osób) **z refundacją na okres do 12-stu miesięcy** w terminie od dnia........................................................... do dnia ............................................. ***i zobowiązuję się do zatrudnienia ………..… osób/y po zakończeniu refundacji prac interwencyjnych na okres 6-ciu*** ***miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy;***
* ….………..(ilość osób) **z refundacją na okres do 24 miesięcy** w terminie od dnia....................................................... do dnia ***........................................... i zobowiązuję się do zatrudnienia ………….. osób/y po zakończeniu refundacji prac interwencyjnych na okres 6-ciu*** ***miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy( dotyczy wyłącznie osób powyżej 50 roku życia).***
* Proponowane wynagrodzenie brutto dla bezrobotnego(ych)……………………………..…......,
* wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnego(ych) to;

**→ 1.662,00 złotych oraz składka na ubezpieczenie społeczne pracodawcy** **od tego wynagrodzenia**\* (dotyczy refundacji na okres do 6-ciu lub do 12 –stu miesięcy**)**

**→ ½ minimalnego wynagrodzenia** **za pracę oraz składka na ubezpieczenie społeczne pracodawcy od tej kwoty** **\*** ( dotyczy refundacji na okres do 24 miesięcy**).**

**2. Skierowany(i) bezrobotny (i) zatrudnieni będą**;

a) na stanowisku, ……………...................................................................

b)rodzaj wykonywanych prac ..................................................................

c) w godzinach pracy ..............................................................................

d) miejsce pracy.......................................................................................

**3. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje bezrobotnego:**

a) wykształcenie…………………………………………………………………………..…….

b) zawód……………………………………………………………………………………….…

c) umiejętności i inne……………………………………………………………………….…...

**4. Pracodawca zobowiązuje się\* / nie zobowiązuje\* się do;**

**utrzymania w zatrudnieniu w pełnym wymiarze czasu pracy ......................... skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) na okres dalszy tj.; co najmniej 30 dni przy zachowaniu ciągłości zatrudnienia, po zakończeniu trwania prac interwencyjnych.**

**\*- niewłaściwe skreślić**

**D) Dane dotyczące współpracy z Urzędem Pracy**

Jeżeli Firma korzystała ze środków Funduszu Pracy to proszę podać;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Forma* | *Rok 2024* | *Rok 2023* | *Rok 2022* |
| *Ilość osób skierowa-nych* | *Ilość osób**zatrudnionych po zakończeniu umowy* | *Ilość osób skierowa-nych* | *Ilość osób**zatrudnionych po zakończeniu umowy* | *Ilość osób skierowa-nych* | *Ilość osób**zatrudnionych po zakończeniu umowy* |
|
| Prace interwencyjne |  |  |  |  |  |  |
| Roboty publiczne |  |  |  |  |  |  |
| Przygotowanie zawodowe |  |  |  |  |  |  |
| Umowy stażowe |  |  |  |  |  |  |
| Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego |  |  |  |  |  |  |
| Środki na podjęcie działalności gospodarczej |  |  |  |  |  |  |
| Inne, |  |  |  |  |  |  |

Jeżeli nie zatrudniono podać przyczynę .............................................................................................

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

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia umowy spółki cywilnej, jeżeli wniosek składa spółka cywilna.
2. Deklaracja ZUS- DRA z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku bądź z miesiąca, w którym wniosek został złożony;
3. Nr rachunku bankowego................................................................................................................
4. Załącznik nr 1 do wniosku
5. Załącznik nr 2 do wniosku
6. Załącznik nr 3 do wniosku *(dotyczy sektora rolnego lub rybołówstwa i akwakultury-*  ***dotyczy*** ***pracodawcy, który podlega przepisom pomocy publicznej***)
7. Załącznik nr 4 do wniosku ***( dotyczy pracodawcy, który nie podlega przepisom pomocy publicznej)***
8. Załącznik nr 5 do wniosku
9. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *lub odnośnie sektora rolnego lub rybołówstwa i akwakultury* - Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ***(dotyczy pracodawcy, który podlega przepisom pomocy publicznej )***

**UWAGA:**

**\* niewłaściwe skreślić.**

**Wniosek niekompletny i nieprawidłowo sporządzony nie będzie rozpatrzony.**

**Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.**

 **zgodnie z art. 59b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 214) wykazy pracodawców, z którymi zawarto umowy o organizację prac interwencyjnych podawane są do wiadomości publicznej przez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu na okres 30 dni.**

***Świadomy odpowiedzialności karnej z Art. 297.  § 1.  Kodeksu Karnego*** *„Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego,* ***przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia,***

***podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”***

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i oświadczeniach są zgodne z prawdą

**Pouczenie dla PRACODAWCY:**

1. Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z jego treścią, w tym informacją dotyczącą wnioskowanego wsparcia;
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie; w przypadku gdy zadane pytanie nie dotyczy wnioskodawcy proszę napisać „nie dotyczy”;
3. Wszystkie kserokopie dołączone do wniosku proszę potwierdzić za zgodność z oryginałem własnoręcznym podpisem bądź przedstawić oryginał do wglądu;
4. Wszelkie pomyłki przekreślić i postawić swoją parafkę (lub podpis);
5. Wniosek niekompletny i nieprawidłowo sporządzony nie może stanowić podstawy do jego pozytywnego rozpatrzenia;
6. Niedopuszczalne jest modyfikowanie i usuwanie elementów wniosku – dopuszcza się wyłącznie dodawanie stron, rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści;
7. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania wsparcia;
8. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, nie przysługuje odwołanie;
9. Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.

data …………………….. ……………………………...

(pieczątka i podpis pracodawcy)

**Informacja:**

**Prace interwencyjne** – oznacza to zatrudnienie bezrobotnego przez pracodawcę, które nastąpiło w wyniku umowy zawartej ze starostą i ma na celu wsparcie bezrobotnych.

Podczas takiego zatrudnienia urząd pracy zwraca pracodawcy część kosztów poniesionych przez pracodawcę na wynagrodzenie oraz składki na ubezpieczenie społeczne w związku z zatrudnieniem osoby bezrobotnej, skierowanej przez urząd, w wysokości uprzednio uzgodnionej w umowie.

**●** termin rozpatrzenia wniosku zgodnie z kpa do 30 dni (z wymaganą kompletną dokumentacją)

Pomoc udzielana pracodawcom i przedsiębiorcom w ramach prac interwencyjnych jest ***udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.***

**REFUNDACJA KOSZTÓW ZATRUDNIENIA**

**W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH w pełnym wymiarze czasu pracy.**

**Pracodawca może skorzystać z dofinansowania przez:**

* **okres do 6-ciu miesięcy -** otrzymać zwrot części kosztów wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenie w kwocie nie przekraczającej **kwoty zasiłku dla bezrobotnych,** uzgodnionej w umowie.

**- okres do 12 miesięcy -** otrzymać zwrot części poniesionych kosztów wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenie w kwocie nie przekraczającej **kwoty zasiłku dla bezrobotnych,** uzgodnionej w umowie.

- **okres do 24 miesięcy ( dotyczy osób powyżej 50 roku życia) -** otrzymać zwrot częścikosztów wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenie w kwocie **nie przekraczającej 50% minimalnego wynagrodzenia za pracę** i składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.

Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, ma obowiązek wziąć pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.

**Pracodawca jest zobowiązany** stosowanie do zawartej umowy do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres dalszych:

• **3 - ech miesięcy** – po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne przez okres 6-ciu miesięcy;

• **6 - ciu miesięcy** - po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne przez okres 12-stu miesięcy, 24 miesięcy;

W przypadku niewywiązania się z warunku utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez wymagany okres - objęty refundacją oraz odpowiednio okres dalszych 3-ech lub 6 –ciu miesięcy po zakończeniu refundacji, lub naruszenia innych warunków zawartej umowy, pracodawca lub przedsiębiorca zobowiązany jest do zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r.- Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu odpowiednio dalszych 3-ech lub 6-ciu miesięcy zatrudnienia, ***starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego.***

W przypadku ***odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione miejsce pracy*** pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

W przypadku ***braku możliwości skierowania odpowiedniego bezrobotnego*** przez urząd pracy na zwolnione u pracodawcy stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres zatrudniania uprzednio skierowanego bezrobotnego.

Podstawa prawna:

* Ustawa z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 214).
* Rozporządzenie MPiPS z dnia 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne ( Dz. U. z 2014r. poz. 864 z późn. zm.).
* Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.UE L 2023/2831 z 15.12.2023) lub Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym ( Dz.UE L 352/9 z 24.12.2013 z późniejszymi zmianami) lub rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 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).
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29.03.2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis ( Dz .U. z 2024 poz.40 z późn. zm.).
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11.06.2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r. nr 121, poz.810).
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 poz. 702 z późn. zm.).

ADNOTACJE URZĘDU:

ZAŁĄCZNIK NR 1 do wniosku

( miejscowość, dnia) ……………………………….

………………………………

(pieczątka pracodawcy)

**Oświadczenia Pracodawcy :**

**Oświadczam, że :**

1. **Świadomy/a odpowiedzialności karnej na podstawie art. 297 § 1 k.k. za składanie fałszywych informacji oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne Dz. U. z 2014r. poz. 864 z późn. zm.) oraz, że spełniam warunki określone w w/w rozporządzeniu, uprawniające do uzyskania refundacji prac interwencyjnych.**
2. **Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis ( Dz.UE L 2023/2831 z 15.12.2023) lub Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym ( Dz. UE L 352/9 z 24.12.2013 z późniejszymi zmianami) lub rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 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. ( nie dotyczy\*/ dotyczy\*).**
3. **Zobowiązuję się do przestrzegania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 z dnia 04.05.2016r.), w sposób nienarażający PUP w Ostródzie na odpowiedzialność wynikającą z naruszenia w/w aktu pod rygorem odpowiedzialności regresowej.**

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

 Czytelny podpis pracodawcy

lub pieczątka imienna z parafką

**Oświadczam, że:**

1. **nie posiadam\*/posiadam\* zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.**
2. **nie posiadam\*/posiadam\* zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.**
3. **nie zalegam\*/zalegam\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom.**
4. **nie zalegam\*/zalegam\* z opłacaniem w terminie innych danin publicznych.**
5. **nie posiadam\*/posiadam\* nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.**
6. **w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku nie zostałem\*/zostałem\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych.**
7. **nie jestem\* / jestem\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie za naruszenie praw pracowniczych.**

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

 Czytelny podpis pracodawcy

lub pieczątka imienna z parafką

**Pracodawca, który podlega przepisom pomocy publicznej dodatkowo oświadcza;**

**Oświadczam, że :**

1. **w przypadku otrzymania przeze mnie refundacji prac interwencyjnych nie przekroczę\*/ przekroczę\* dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy.**
2. **nie została\*/ została\* wydana wobec mnie decyzja Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu udzielonej pomocy.**
3. **nie będzie\*/ będzie\* wnioskowana *pomoc de minimis* zaimplementowana na działalność w sektorze rolnictwa i rybołówstwa, w których stosuje się niższe pułapy pomocy pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.**

**14. nie będzie\*/ będzie\* wnioskowana *pomoc de minimis* *w rolnictwie lub rybołówstwie* zaimplementowana w innych sektorach lub obszarach działalności, w których stosuje się wyższe pułapy pomocy de minimis ( nie dotyczy\*/ dotyczy\*)**

**15. zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Ostródzie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis**

 ……………………………………………….

 Czytelny podpis pracodawcy

lub pieczątka imienna z parafką

***\* niewłaściwe skreślić***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………..……………………(Pieczątka pracodawcy) |  | Załącznik nr 2 do Wniosku – Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych |

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis** **oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**Ze świadomością odpowiedzialności karnej, na podstawie art. 297 § 1k.k., za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy, potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji.**Oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata \*:**  otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis w łącznej kwocie ……………………………. zł.; nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis.Ponadto oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata\*: otrzymałem środki stanowiące inną pomoc w łącznej kwocie ……………………..zł dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby bezrobotnej i wypełniam poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzjilub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie: |  |  |

 nie otrzymałem środków stanowiących inną pomoc.**\* zaznaczyć właściwe**

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………..……………………(Pieczątka pracodawcy) |  | Załącznik nr 3 do Wniosku – Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych |

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**Ze świadomością odpowiedzialności karnej, na podstawie art. 297 § 1 k.k., za zeznanie nieprawdy lub zatajanie prawdy, potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych niżej informacji.**Oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata\*:**  otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis w łącznej kwocie …….……..………..……. zł w rolnictwie lub rybołówstwie i załączam odpowiednie zaświadczenie o udzielonej pomocy; nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.Ponadto oświadczam, że w okresie obejmującym trzy minione lata\*: otrzymałem środki stanowiące inną pomoc w łącznej kwocie …………………….. zł dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych wyposażenia stanowiska pracy dla osoby bezrobotnej i wypełniam poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzjilub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Łącznie: |  |  |

 nie otrzymałem środków stanowiących inną pomoc.**\* zaznaczyć właściwe**

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………..…………… |
| miejscowość i data | Pieczątka i podpis Wnioskodawcy (osoby uprawnionej do reprezentacji i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

 |  |  |

ZAŁĄCZNIK NR 4 do wniosku

(miejscowość, dnia) ………………………..

………………………………

 (pieczątka pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

 **Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego** **oświadczam, że nie prowadzę żadnej działalności gospodarczej.**

Niniejszym oświadczam, że **nie jestem beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (** tekst jednolity;Dz. U. z 2023r. poz. 702 z późn. zm.)**.**

 ……………………………………………..

 (pieczątka i podpis pracodawcy)

ZAŁĄCZNIK NR 5 do wniosku

(miejscowość, dnia) ………………………..

………………………………

 (pieczątka pracodawcy)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r.) **przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ostródzie,
ul. Jana III Sobieskiego 5, 14-100 Ostróda, tel. 89 642 95 10, fax 89 646 29 56,
e-mail: sekretariat@ostroda.praca.gov.pl
2. Kontakt do inspektora ochrony danych – tel. 89 642 95 10, fax 89 646 29 56,
e-mail: iodo@ostroda.praca.gov.pl
3. Dane są przetwarzane przez PUP Ostróda wyłącznie dla celów wynikających z przepisów prawa.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z okresem określonym przepisami prawa.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

……………………………………………..

 (pieczątka i podpis pracodawcy)

**Podmiot:**

……………………………………..……

……..……………..……………………

*(pełna nazwa/firma, adres, podmiotu: NIP, KRS)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5l Rozporządzenia 833/2014 oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z otrzymania wsparcia na podstawie
art. 5l rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.[[1]](#footnote-1)
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (tekst jednolity Dz. U. 2024r. poz. 507).
3. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Ostródzie w błąd przy przedstawianiu informacji.

*………………………………………Data,* *podpis*

***Adnotacje urzędowe:***

*Weryfikacja podmiotu i jego powiązań w oparciu o „****Listę osób i podmiotów objętych sankcjami****”*

*zamieszczoną na stronie:* [*https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami*](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

*przeprowadzona w dniu ………………….…… o godzinie ………………*

*Podpis pracownika dokonującego weryfikacji:*

1. Zgodnie z treścią art. 5l ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 ( 11 ), na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną. [↑](#footnote-ref-1)