



**W N I O S E K**  
**o organizację prac interwencyjnych**

/pieczęć Wnioskodawcy/

**I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY :**

1. Nazwa Wnioskodawcy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

W przypadku Wnioskodawcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą:

imię i nazwisko \_\_\_\_\_

adres zamieszkania \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

2. Adres siedziby Wnioskodawcy, numer telefonu, e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Miejsce prowadzenia działalności: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Numer REGON: \_\_\_\_\_

5. Numer NIP: \_\_\_\_\_

6. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności: \_\_\_\_\_

7. Data rozpoczęcia działalności: \_\_\_\_\_

8. Numer rachunku bankowego: \_\_\_\_\_

9. Forma opodatkowania :

*/proszę zaznaczyć właściwy kwadrat/*

- karta podatkowa
- ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
- pełna księgowość
- zasady ogólne

10. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe : \_\_\_\_\_%

11. Stan zatrudnienia ogółem (umowy o pracę) w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku : \_\_\_\_\_

12. Imię i nazwisko, numer telefonu osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie wniosku: \_\_\_\_\_

13. Dane osób uprawnionych do podpisania umowy o prace interwencyjne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**II. INFORMACJA O PLANOWANYCH PRACACH INTERWENCYJNYCH:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia (w tym niepełnosprawnych):

\_\_\_\_\_

2. Proponowany okres zatrudnienia:

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ tj. \_\_\_\_\_ m-cy dla \_\_\_\_\_ osób

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ tj. \_\_\_\_\_ m-cy dla \_\_\_\_\_ osób

3. Nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności określona w Rozporządzeniu MPiPS z dnia 07.08.2014 r. (Dz.U. Z 2014 r. poz.1145): \_\_\_\_\_

4. Nazwa stanowisk(a) pracy: \_\_\_\_\_

5. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez osobę bezrobotną oraz zakres zadań zawodowych (szczegółowo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać kierowani bezrobotni w tym:

- wykształcenie (poziom i kierunek): \_\_\_\_\_

- dodatkowe kwalifikacje, umiejętności, uprawnienia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- doświadczenie zawodowe na ww. stanowisku: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- inne wymagania (np. znajomość języków obcych): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych: \_\_\_\_\_

8. Proponowany wymiar czasu pracy: \_\_\_\_\_

9. System i rozkład czasu pracy (zmianowość, dni i godziny pracy): \_\_\_\_\_

10. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto) i proponowany system wynagrodzenia (np. miesięczny, godzinowy): \_\_\_\_\_

11. Okres i wysokość refundacji :

*/proszę zaznaczyć właściwy kwadrat/*

do 6 miesięcy w wysokości nieprzekraczającej kwoty zasiłku dla osób bezrobotnych i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia;

do 6 miesięcy przy zatrudnieniu osoby bezrobotnej co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy w wysokości nieprzekraczającej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia;

do 12 miesięcy za co drugi miesiąc w wysokości nieprzekraczającej minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia;

do 12 miesięcy w wysokości nieprzekraczającej kwoty zasiłku dla osób bezrobotnych i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia;

do 18 miesięcy za co drugi miesiąc w wysokości nieprzekraczającej minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia;

**dotyczy refundacji kosztów zatrudnienia osoby bezrobotnej powyżej 50 roku życia:**

*/proszę zaznaczyć właściwy kwadrat/*

do 24 miesięcy co miesiąc:

w wysokości do 80 % minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przypadku gdy zatrudniany bezrobotny spełnia warunki konieczne do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego,

w wysokości do 50 % minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przypadku gdy zatrudniany bezrobotny nie spełnia warunków koniecznych do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego,

do 48 miesięcy za co drugi miesiąc:

w wysokości do 80 % minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przypadku gdy zatrudniany bezrobotny spełnia warunki konieczne do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego,

w wysokości do 50 % minimalnego wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia w przypadku gdy zatrudniany bezrobotny nie spełnia warunków koniecznych do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego.

Oświadczam, świadomy/a/ odpowiedzialności prawnej za składanie fałszywych oświadczeń, że:

- nie zalegam, w dniu złożenia wniosku, z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych,
- dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i aktualne.

Dąbrowa Górnicza, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(podpis i pieczęć Wnioskodawcy/)**

**Załączniki do wniosku:**

1. W przypadku wskazania w pkt. I.13 innych osób, niż wymienione w pkt I.1, należy przedłożyć odpowiednie pełnomocnictwo.
2. Informacja o pomocy de minimis (*załącznik nr 1 do wniosku*).
3. Informacja Wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis sporządzona na podstawie wzoru zamieszczonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24.10.2014 r. (Dz.U. z 2014 r., poz. 1543), a w przypadku Wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis w sektorze rolnym sporządzona na podstawie wzoru zamieszczonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11.06.2010 r. (Dz.U. z 2010 r. nr 121, poz. 810).

\_\_\_\_\_  
(Nazwa Wnioskodawcy)

**INFORMACJA O POMOCY DE MINIMIS  
ORAZ POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Oświadczam, świadomy/a/ odpowiedzialności prawnej za składanie fałszywych oświadczeń, że w okresie obejmującym bieżący rok, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych:

*/właściwe zaznaczyć x/*

I.

nie uzyskałam/em/ pomocy de minimis

uzyskałam/em/ pomoc de minimis

II.

nie uzyskałam/em/ pomocy de minimis w rolnictwie

uzyskałam/em/ pomoc de minimis w rolnictwie

III.

nie uzyskałam/em/ pomocy de minimis w rybołówstwie

uzyskałam/em/ pomoc de minimis w rybołówstwie

W przypadku uzyskania pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie należy przedłożyć zaświadczenia potwierdzające otrzymanie ww. pomocy lub wypełnić poniższą tabelę zgodnie z zaświadczeniami o udzielonej pomocy.

Lp.	Dzień udzielenia pomocy	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Nr programu pomocowego, decyzji albo umowy	Wartość otrzymanej pomocy	
					brutto	w EURO
<b>Łączna wartość pomocy:</b>						

w tym:

- pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ..... brutto, co stanowi ..... euro  
(poz. ....),

- pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ..... brutto, co stanowi ..... euro  
(poz. ....),

W przypadku uzyskania pomocy w okresie od dnia złożenia ww. informacji do dnia udzielenia wnioskowanego wsparcia, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Górniczej o wysokości uzyskanej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

\_\_\_\_\_  
(miejsowość i data)

\_\_\_\_\_  
(podpis Wnioskodawcy)