r.

 (miejscowość, data)

 (pieczęć Wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy w Kościerzynie**

# **Wniosek o organizację przez pracodawcę / przedsiębiorcę prac interwencyjnych**

Wypełnić po zapoznaniu się z:

* Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) w szczególności art. 51, 51a, 56 oraz 59,
* Rozporządzeniem 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. z 2014 r. poz. 864 ze zm.),
* Rozporządzeniem Komisji (UE) 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.), rozporządzeniem 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 ze zm.) lub rozporządzeniem 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 r., str. 45, z późn. zm.),
* Ustawą z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2023 r. poz. 702 ze zm.),
* Zasadami organizowania i finansowania ze środków Funduszu Pracy prac interwencyjnych, świadczenia aktywizacyjnego, dofinansowania do wynagrodzenia osoby bezrobotnej powyżej 50 roku życia, refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za zatrudnienie bezrobotnego poniżej 30 roku życia obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie,
* Wytycznymi w zakresie organizacji prac interwencyjnych obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie - określonymi na dany rok kalendarzowy.

## **Dane dotyczące wnioskodawcy**

1. Nazwa wnioskodawcy
2. Adres siedziby wnioskodawcy
3. Miejsce prowadzenia działalności
4. Data rozpoczęcia działalności
5. PESEL

 (dotyczy osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej)

1. NIP
2. REGON
3. PKD
4. Forma prawna prowadzonej działalności (*właściwe* *zaznaczyć znakiem „x”*):
* ☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
* ☐ spółka (rodzaj)
* ☐ stowarzyszenie
* ☐ inna (podać jaka)
1. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe
2. Nazwa banku i numer rachunku bankowego
3. Imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko służbowe osoby upoważnionej /osób upoważnionych do podpisywania umów (zgodnie z dokumentami poświadczającymi formę prawną istnienia firmy lub pełnomocnictwem notarialnym do reprezentowania wnioskodawcy/organizatora[[1]](#footnote-1)):
4. -

 (imię i nazwisko / PESEL) (stanowisko służbowe)

1. -

 (imię i nazwisko / PESEL) (stanowisko służbowe)

1. Osoba do kontaktu

 (imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

Telefon

1. Krótka charakterystyka zakładu pracy

1. W przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę innych rodzajów działalności prosimy podać ich nazwę, rodzaj, nr REGON oraz formę prawną działalności

1. Wnioskodawca zatrudnia aktualnie:
2. na podstawie umów o pracę  pracowników (osób), w tym[[2]](#footnote-2):
* w pełnym wymiarze czasu pracy pracowników (osób),
* w niepełnym wymiarze czasu pracy pracowników (osób),

co daje w przeliczeniu na pełne etaty pracowników (osób),

1. na podstawie umów zlecenie / umów o dzieło osób.
2. W okresie ostatnich 12-stu miesięcy[[3]](#footnote-3) przed złożeniem wniosku ogólna liczba pracowników zatrudnionych u wnioskodawcy w przeliczeniu na pełne etaty przedstawiała się w poszczególnych miesiącach następująco:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc i rok** | **Ogólna liczba pracowników (w przeliczeniu na pełny etat)****[[4]](#footnote-4)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |

**Średnia liczba zatrudnionych w okresie 12-stu miesięcy** $\left(\frac{SUMA od 1 do 12}{12}\right)$4:

**Liczba zatrudnionych w dniu złożenia wniosku** (w przeliczeniu na pełny etat)4:

W okresie ostatnich 12-stu miesięcy (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”):*

1. ☐ „Odeszło” (w przeliczeniu na pełne etaty) osób.

Uzasadnienie przyczyn rozwiązania stosunku pracy z pracownikami w/w okresie:

* ☐ na mocy porozumienia stron,
* ☐ przejście na emeryturę,
* ☐ odejście pracownika za wypowiedzeniem ze strony ,
* ☐ zwolnienie za naruszenie obowiązków służbowych (dyscyplinarnie),
* ☐ dobrowolna redukcja czasu pracy,
* ☐ redukcja etatu,
* ☐ inne (należy podać jakie)
1. ☐ Zatrudniono (w przeliczeniu na pełne etaty) osób.

## **Dane dotyczące realizacji zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych**

1. Po zapoznaniu się z zasadami organizowania i finansowania ze środków Funduszu Pracy prac interwencyjnych, świadczenia aktywizacyjnego, dofinansowania do wynagrodzenia osoby bezrobotnej powyżej 50 roku życia, refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za zatrudnienie bezrobotnego poniżej 30 roku życia obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie, zgłaszam gotowość zatrudnienia bezrobotnego/bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”)*:
* ☐ **art. 51** - okres refundacji **do 6 miesięcy lub do 12 miesięcy z refundacją za co drugi miesiąc** – zobowiązanie do dalszego zatrudnienia przez okres minimum **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji,
* ☐ **art. 51a** (dotyczy programu „Za życiem”) - okres refundacji **do 6 miesięcy** – zobowiązanie do dalszego zatrudnienia przez okres minimum **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji (dotyczy wyłącznie bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej),
* ☐ **art. 56** - okres refundacji **do 12 miesięcy** – zobowiązanie do dalszego zatrudnienia przez okres minimum **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji,
* ☐ **art. 59** (dotyczy bezrobotnych powyżej 50 roku życia) - okres refundacji **do 24 miesięcy lub do 48 miesięcy z refundacją za co drugi miesiąc** – zobowiązanie do dalszego zatrudnienia przez okres minimum **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji.
1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz rodzaj prac i inne informacje w zakresie zatrudnienia skierowanego bezrobotnego w ramach prac interwencyjnych – zgodny ze zgłoszeniem krajowej oferty pracy
2. I stanowisko:
3. Nazwa stanowiska
4. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje lub inne wymogi (wykształcenie, doświadczenie)
5. Wymiar etatu
6. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego
7. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych
8. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto
9. Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia brutto
10. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia (miesięcznie)[[5]](#footnote-5)
11. Proponowany okres refundacji w ramach prac interwencyjnych (w miesiącach)5
12. II stanowisko:
13. Nazwa stanowiska
14. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje lub inne wymogi (wykształcenie, doświadczenie)
15. Wymiar etatu
16. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego
17. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych
18. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto
19. Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia brutto
20. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia (miesięcznie)5
21. Proponowany okres refundacji w ramach prac interwencyjnych (w miesiącach)5
22. III stanowisko:
23. Nazwa stanowiska
24. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje lub inne wymogi (wykształcenie, doświadczenie)
25. Wymiar etatu
26. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego
27. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych
28. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto
29. Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia brutto
30. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia (miesięcznie)5
31. Proponowany okres refundacji w ramach prac interwencyjnych (w miesiącach)5
32. IV stanowisko:
33. Nazwa stanowiska
34. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje lub inne wymogi (wykształcenie, doświadczenie)
35. Wymiar etatu
36. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanego bezrobotnego
37. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych
38. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto
39. Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia brutto
40. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia (miesięcznie)5
41. Proponowany okres refundacji w ramach prac interwencyjnych (w miesiącach)5
42. Kandydat/Kandydaci do wykonywania prac interwencyjnych (imię i nazwisko, adres, PESEL)

1. Po upływie okresu refundacji zobowiązuję się utrzymać utworzone miejsce/miejsca pracy oraz zatrudniać skierowanego przez urząd do prac interwencyjnych bezrobotnego przez okres (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”*):
* ☐ co najmniej 3 miesięcy w co najmniej połowie pełnego wymiaru czasu pracy (minimalny okres w przypadku prac interwencyjnych realizowanych co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy z refundacją przez okres do 6 miesięcy),
* ☐ co najmniej 3 miesięcy w wymiarze pełnego etatu (minimalny okres w przypadku prac interwencyjnych z refundacją przez okres do 6 miesięcy lub do 12 miesięcy z refundacją za co drugi miesiąc),
* ☐ co najmniej 6 miesięcy w wymiarze pełnego etatu (minimalny okres w przypadku prac interwencyjnych z refundacją przez okres powyżej 6 miesięcy).

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań (art. 233 Kodeksu karnego[[6]](#footnote-6)) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Do wniosku należy załączyć:**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Kartę współpracy Wnioskodawcy z powiatowymi urzędami pracy – załącznik nr 2 do wniosku.
3. Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis – załącznik nr 3 do wniosku lub zaświadczenia potwierdzające otrzymanie ww. pomocy,
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r., Dz. U. z 2024 r. poz. 40 ze zm.) lub o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r., Dz. U. Nr 121 poz. 810) - dotyczy beneficjentów pomocy publicznej.
5. Zgłoszenie oferty pracy/informacja o wolnym miejscu zatrudnienia (druk w załączniku).
6. Kserokopię aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia wnioskodawcy/organizatora – załączenie dokumentu dobrowolne w przypadku wpisu do CEIDG lub KRS (w przypadku wprowadzenia zmian, które nie zostały ujęte jeszcze w dokumencie rejestrowym również stosowną uchwałę wprowadzającą te zmiany). W przypadku gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna do wniosku należy dołączyć kserokopię umowy spółki.
7. Kserokopie: zaświadczenia o nadaniu numeru REGON, zaświadczenia o nadaniu numeru NIP – załączenie kserokopii dobrowolne.
8. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu Wnioskodawcy, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów (np. KRS).

Wszystkie kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”. Wnioski wypełnione nieczytelnie lub nie zawierające pełnych, wymaganych informacji bądź kompletnych załączników, nie będą rozpatrywane.

**Załącznik nr 1 do wniosku o organizację przez pracodawcę/przedsiębiorcę prac interwencyjnych**

 **(pieczątka Wnioskodawcy)**

# **Oświadczenie Wnioskodawcy**

Oświadczam, iż jako Wnioskodawca ubiegający się o zatrudnienie osoby bezrobotnej w ramach prac interwencyjnych (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”*):

1. ☐ **nie jestem pracodawcą** / ☐ **jestem pracodawcą**, tj. zatrudniam co najmniej jednego pracownika,
2. ☐ **nie jestem przedsiębiorcą** / ☐ **jestem przedsiębiorcą**, tj. wykonuję we własnym imieniu działalność gospodarczą,
3. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** warunki określone w 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. z 2014 r. poz. 864 ze zm.),
4. posiadam aktualny/aktualną:
* ☐ wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
* ☐ wpis w Krajowym Rejestrze Sądowym,
* ☐ umowę spółki (dot. spółek cywilnych),
* ☐ inny dokument rejestrowy (jaki?) ,
1. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702 ze zm.),
2. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** / ☐ **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia Komisji (UE) 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.),
3. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** / ☐ **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia 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 ze zm.),
4. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** / ☐ **nie dotyczy** warunki/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.U. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.),
5. ☐ **otrzymałem pomoc publiczną** / ☐ **nie otrzymałem pomocy publicznej** na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuję o udzielenie pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis, o udzielenie której wnioskuję w niniejszym wniosku,
6. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** objęty sankcjami nałożonymi w związku z agresją Rosji na Ukrainę,
7. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** powiązany z osobami objętymi sankcjami w związku z agresją Rosji na Ukrainę,
8. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** powiązany z osobami prawnymi, podmiotami lub organami z siedzibą w Rosji, które w ponad 50% są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną Rosji,
9. ☐ **prowadzę** / ☐ **nie prowadzę** działalność / działalności eksportową / eksportowej (pomoc de minimis w ramach prac interwencyjnych nie może dotyczyć pomocy wywozowej ani pomocy uwarunkowanej pierwszeństwem korzystania z produktów krajowych w stosunku do produktów przywożonych, nie powinna mieć zastosowania do pomocy na tworzenie i prowadzenie sieci dystrybucyjnej w innych państwach członkowskich lub państwach trzecich),
10. ☐ **zalegam** / ☐ **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
11. ☐ **zalegam** / ☐ **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych, np.: podatków, opłat i innych, których obowiązek uiszczenia wynika z przepisów prawnych,
12. ☐ **ciąży** / ☐ **nie ciąży** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem,
13. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ☐ **zostałem(am)** / ☐ **nie zostałem(am)** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** objęty(a) postępowaniem w tej sprawie,
14. otrzymanie wnioskowanej kwoty pomocy ☐ **spowoduje** / ☐ **nie spowoduje** / ☐ **nie dotyczy** przekroczenie(a) limitu wartości pomocy de minimis określonego przepisami prawa,
15. ☐ **toczy** / ☐ **nie toczy** się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne,
16. ☐ **został** / ☐ **nie został** złożony i nie przewiduje się złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego,
17. ☐ **umożliwię** / ☐ **nie umożliwię** pracownikom Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie przeprowadzenie wizyty monitorującej mającej na celu weryfikację danych zawartych w niniejszym wniosku,
18. oferta pracy związana z organizacją prac interwencyjnych ☐ **została** zgłoszona wyłącznie w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie, nie naruszając zasady równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy / ☐ **została** zgłoszona w innym niż Powiatowy Urząd Pracy w Kościerzynie urzędzie pracy,
19. ☐ **zapoznałem(am) się** / ☐ **nie zapoznałem(am) się** z Zasadami organizowania i finansowania ze środków Funduszu Pracy prac interwencyjnych, świadczenia aktywizacyjnego, dofinansowania do wynagrodzenia osoby bezrobotnej powyżej 50 roku życia, refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za zatrudnienie bezrobotnego poniżej 30 roku życia obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie oraz Wytycznymi w zakresie organizacji prac interwencyjnych obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie - określonymi na dany rok kalendarzowy.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań (art. 233 Kodeksu karnego[[7]](#footnote-7)) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 2 do wniosku o organizację przez pracodawcę/przedsiębiorcę prac interwencyjnych**

 **(pieczątka Wnioskodawcy)**

# **Karta współpracy Wnioskodawcy z Powiatowymi Urzędami Pracy**

Informacja o realizacji umów (deklaracji, pośrednictwa niesubsydiowanego) zawartych w okresie ostatnich 3 lat z powiatowymi urzędami pracy w zakresie: staży, robót publicznych, szkoleń pod gwarancję zatrudnienia, prac interwencyjnych, refundacji kosztów wyposażenia i doposażenia stanowiska pracy, dotacji na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej oraz innych możliwych prawnie instrumentów finansowanych ze środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiej Funduszu Społecznego Plus.

| **Lp.** | **Forma** | **Nr umowy / Powiatowy Urząd Pracy** | **Termin umowy od – do** | **Liczba bezrobotnych/ofert pracy w ramach umowy/deklaracji/ oferty pracy** | **Liczba bezrobotnych zatrudnionych po umowie/szkoleniu/ w ramach złożonych ofert** | **Uwagi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga!**

* W przypadku współpracy zakładu pracy z innymi niż Powiatowy Urząd Pracy w Kościerzynie urzędami pracy, należy podać nazwę tych urzędów oraz numery i daty zawarcia umów.
* W przypadku deklaracji zatrudnienia po szkoleniu nie wypełniać rubryki „nr umowy/Powiatowy Urząd Pracy”, a w rubryce „termin umowy od - do” podać datę złożenia deklaracji przez zakład pracy.
* W przypadku pośrednictwa niesubsydiowanego nie wypełniać rubryki „nr umowy/Powiatowy Urząd Pracy”, a w rubryce „termin umowy od – do” wpisać datę złożenia ofert pracy do Powiatowego Urzędu Pracy.
* W przypadku braku zawarcia umowy z Urzędami Pracy – wpisać **„Nie korzystał”**.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k.[[8]](#footnote-8) oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3 do wniosku o organizację przez pracodawcę/przedsiębiorcę prac interwencyjnych**

# **Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis (dotyczy beneficjentów pomocy publicznej)**

 (dane Wnioskodawcy)

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k.[[9]](#footnote-9) przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za składanie fałszywych zeznań, **oświadczam, iż** w okresie trzech lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis[[10]](#footnote-10) (*właściwe zaznaczyć znakiem „x”*): ☐ **otrzymałem(am)**pomoc de minimis, / ☐ **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis, ☐ w tym pomoc/pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis z różnych źródeł i w różnych formach należy wypełnić poniższe zestawienie lub dołączyć do wniosku zaświadczenia o otrzymanej pomocy:

| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto w EURO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

**Łączna wartość pomocy brutto w EURO:**

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702 ze zm.) w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, w drodze decyzji, nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10.000 EURO.

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

1. W przypadku pełnomocnictwa lub jeśli dane osoby reprezentującej wnioskodawcę nie wynikają z dokumentów rejestrowych należy do wniosku dołączyć stosowne umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Do liczby pracowników nie należy wliczać: młodocianych, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. w ramach umów zlecenie, o dzieło), na urlopach macierzyńskich lub wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych, odbywających służbę wojskową. [↑](#footnote-ref-2)
3. W tabeli „okres ostatnich 12-stu miesięcy” należy rozumieć jako pełne miesiące tj. jeżeli wniosek zostanie złożony w połowie miesiąca należy podać stan zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy licząc od pełnego miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku. [↑](#footnote-ref-3)
4. Liczba pracowników w danym miesiącu oznacza ilość osób zatrudnionych w ciągu jednego miesiąca w przeliczeniu na pełne etaty; do liczby zatrudnionych nie wlicza się osób na urlopach macierzyńskich/rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych, młodocianych, odbywających służbę wojskową, osób zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. umowę o dzieło, umowę zlecenie). [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z Wytycznymi w zakresie organizacji prac interwencyjnych obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościerzynie - określonymi na dany rok kalendarzowy. [↑](#footnote-ref-5)
6. art. 233 Kodeksu karnego

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznania, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie. [↑](#footnote-ref-6)
7. art. 233 Kodeksu karnego:

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznania, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie. [↑](#footnote-ref-7)
8. art. 233 Kodeksu karnego:

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznania, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie. [↑](#footnote-ref-8)
9. art. 233 Kodeksu karnego:

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznania, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie. [↑](#footnote-ref-9)
10. Pomoc de minimis oznacza pomoc przyznaną **JEDNEMU PRZEDSIĘBIORSTWU\*** w okresie trzech lat, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie składanego wniosku nie przekroczy równowartości określonej stosownymi przepisami prawa.

\***JEDNO PRZEDSIĘBIORSTWO** oznacza wszystkie jednostki gospodarcze, które pozostają w co najmniej jednym z następujących stosunków:

jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników;

jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;

jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w lit. a)-d), poprzez co najmniej jedną inną jednostkę gospodarczą również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

\*\* Jeśli Wnioskodawca posiada ww. powiązanie/a z innym/i przedsiębiorstwami należy wskazać pomoc de minimis łącznie, tj. Pracodawca, który składa wniosek + przedsiębiorstwa powiązane. Ponadto w przypadku, gdy Wnioskodawca jest spółką cywilną, powyższe Oświadczenie, tj. Załącznik nr 3 do wniosku, należy złożyć dla spółki cywilnej, a także dla każdego ze Wspólników z osobna. [↑](#footnote-ref-10)