

***Pieczęć wnioskodawcy*** *jeżeli ją posiadasz*

*lub nazwa którą się posługujesz* Starosta Gryfiński

 Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego (FEPZ) 2021 – 2027**

(składa pracodawca – odrębnie dla każdego stanowiska pracy)

**UPRAWNIENI DO ZŁOŻENIA WNIOSKU:**

1. Pracodawca,
2. Przedsiębiorca niezatrudniający pracowników na zasadach przewidzianych dla pracodawców.

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA:**

1. Zanim wypełnisz wniosek, zapoznaj się z **Regulaminem konkursu o organizację prac interwencyjnych w ramach, którego zamierzasz złożyć wniosek** oraz **Pouczeniami we wniosku**
2. Wypełnij wszystkie pola we wniosku i załącznikach składanych w oryginale
3. Wypełnij **WIELKIMI LITERAMI**
4. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
5. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
6. **Do wniosku załącz w oryginale:**
7. Informacja dotycząca zakresu prac interwencyjnych - w *załączniku nr 1*
8. Oświadczenie wnioskodawcy – w *załączniku nr 2.*
9. Oświadczenie reprezentanta podmiotu lub osoby nim zarządzającej – w *złączniku nr 3.*
10. *Oświadczenie o pomocy de minis (podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej) – w załączniku nr 4*
11. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *-* **w przypadku podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej**
12. szczegółowe uzasadnienie jeżeli osoba wskazana we wniosku pozostaje z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym, jest twoim małżonkiem, dzieckiem własnym, dzieckiem mojego małżonka, dzieckiem przysposobionym, rodzicem, macochą, ojczymem lub osobą przyspasabiającą.
13. **Do wniosku załącz potwierdzone przez Ciebie za zgodność z oryginałem, kopie:**
14. W przypadku spółek cywilnych - umowa spółki.
15. W przypadku podpisania wniosku przez pełnomocnika – stosowne pełnomocnictwo.
16. Na życzenie urzędu wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić oryginały tych dokumentów do wglądu.
17. **Wniosek niekompletny** (nie zawierający wszystkich wymaganych załączników) lub nieprawidłowo wypełniony **wymaga wniesienia korekty w wyznaczonym terminie**
18. **Jeżeli nie złożysz korekty** w wyznaczonym terminie **wniosek pozostanie bez rozpatrzenia**

**INFORMACJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU:**

1. O rozpatrzeniu lub pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia zostaniesz poinformowany na piśmie w **terminie 30 dni** od dnia jego złożenia lub wniesienia korekty, jeżeli była wymagana
2. Od sposobu rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie

**A. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH**

**I. DANE PODSTAWOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa albo imię i nazwisko |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres siedzibyzgodnie z właściwym rejestrem |  |

**II. DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba upoważniona do reprezentacji (podpisania umowy) | Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| **Stanowisko** |  |
| Osoba upoważniona do kontaktu  | Imię i nazwisko |  |
| **Stanowisko** |  |
| Adres do doręczeń |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |

**B. DANE DZIAŁALNOŚCI PROWADZONEJ PRZEZ ORGANIZATORA**

 **w ramach, której realizowane będą prace interwencyjne**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejsce prowadzenia działalności |  |
| Data rozpoczęcia działalności |  |
| Oznaczenie rodzaju działalności, w ramach której zorganizujesz prace interwencyjne | PKD 2025 |  |
| Forma prawna (zaznacz właściwe) | [ ]  osoba fizyczna prowadząca działalność [ ]  spółka cywilna[ ]  spółka jawna [ ]  spółka partnerska [ ]  spółka komandytowa[ ]  spółka z o.o.[ ]  jednostka sektora finansów publicznych[ ]  podmiot ekonomii społecznej[ ]  inna(jaka?) ........................................................... |
| Liczba ogółem zatrudnionych pracowników[[1]](#footnote-1) na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, |  |
| **Wielkość pracodawcy** (zaznacz właściwe) | [ ]  mikro przedsiębiorstwo[ ]  małe przedsiębiorstwo [ ]  średnie przedsiębiorstwo[ ]  duże przedsiębiorstwo[ ]  pracodawca nie będący przedsiębiorcą |
| **Rachunek bankowy, na który mają być przekazywane refundacje - NR rachunku:** |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |
| Stopa składek ubezpieczenia wypadkowego |  % |
| **Termin wypłaty wynagrodzenia** w zakładzie pracy | [ ]  **do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący** (np. za styczeń -> 30.01.2025)[ ]  **do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni** (np. za styczeń -> 09.02.2025)[ ]  **inny** – jaki ………………………. |
| **Termin płatności składek ZUS** od wypłaconego wynagrodzenia | [ ]  **do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący** (np. za styczeń -> 30.01.2025)[ ]  **do 10-go dnia miesiąca za miesiąc poprzedni** (np. za styczeń -> 09.02.2025)[ ]  **inny** – jaki ………………………. |

**C. DANE DOTYCZĄCE WYKONYWANIA PRAC INTERWENCYJNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba miejsc pracy w pełnym wymiarze czasu pracy** na stanowisku wskazanym w załącznik nr 1 do wniosku, w ramach którego zorganizowane zostaną prace interwencyjne | **liczba miejsc: ……………….** |
| **Proponowany okres zatrudnienia** w ramach prac interwencyjnych **objęty refundacją kosztów wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne** (od 3 do 6 miesięcy) | **liczba miesięcy: ……………….** |
| **Proponowana data zatrudnienia** | ……… . ……….. . 20………. r. |
| Preferowana grupa osób do skierowania na prace interwencyjne (zaznacz właściwe)(do pracy będą kierowane osoby z wybranej grupy, w przypadku podania danych kandydata powinien on zaliczać się do wybranej grupy) | [ ]  osoba **w wieku 18-29 lat**[ ]  osoba **po 55 roku życia** |
| Możliwość organizacji prac interwencyjnych dlaosoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w ramach preferowanej grupy | [ ]  **przewiduje** możliwość [ ]  **nie przewiduję** możliwości |
| **Dostosowanie stanowiska pracy** **dla osób z niepełnosprawnościami** | **Dostosowania techniczne**(zaznacz właściwe) | [ ] specjalistyczne meble (np. biurka o regulowanej wysokości, ergonomiczne krzesła),[ ] urządzenia wspomagające (np. powiększalniki ekranu, czytniki ekranów, klawiatury Braille’a),[ ] maszyny dostosowane do możliwości ruchowych (np. sterowane głosem),[ ] oprogramowanie ułatwiające pracę (np. programy rozpoznające mowę, syntezatory mowy),[ ] pętle indukcyjne dla osób z aparatami słuchowymi.[ ] inne – jakie? ………………………………………………………………………… |
| **Dostosowania architektoniczne**(zaznacz właściwe) | [ ] likwidacja barier (np. niskie progi, szerokie drzwi),[ ] podjazdy, windy, [ ] uchwyty w toaletach,[ ] odpowiednie oznaczenia (np. wypukłe, kontrastowe, dźwiękowe),[ ] oświetlenie dostosowane do osób z zaburzeniami widzenia,[ ] inne – jakie? ………………………………………………………………………… |
| **Dostosowania organizacyjne**(zaznacz właściwe) | [ ] elastyczne godziny pracy,[ ] praca zdalna lub hybrydowa,[ ] wydłużony czas na wykonanie zadań,[ ] przerwy w pracy dostosowane do potrzeb zdrowotnych,[ ] zmniejszenie zakresu obowiązków,[ ] inne – jakie? ………………………………………………………………………… |
| **Wsparcie osobiste lub asystenckie**(zaznacz właściwe) | [ ] asystent osoby z niepełnosprawnością (np. dla osoby niewidomej),[ ] tłumacz języka migowego,[ ] opiekun wspomagający adaptację w zespole,[ ] inne – jakie? ………………………………………………………………………… |
| [ ]  nie posiadam dostosowania ani żadnych udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami |

**D. WYMAGANIA DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PRACY - niezbędne do podjęcia zatrudnienia**

|  |  |
| --- | --- |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA****niezbędny do podjęcia zatrudnienia**(należy wskazać 1 **minimalny** poziom wykształcenia pozwalający na wykonywanie zadań w ramach pracy wpisując **X** przy jednej z pozycji) | [ ]  podstawowe lub gimnazjalne [ ]  zasadnicze zawodowe, w zawodzie (podać zawód): ………………………[ ]  średnie ogólnokształcące [ ]  średnie zawodowe, w zawodzie (podać zawód): …………………………..[ ]  wyższe, na kierunku (podać kierunek): ……………………………………..…… |
| **STAŻ PRACY****niezbędny do podjęcia zatrudnienia** | [ ]  nie wymagany[ ]  wymagany: liczba lat:……………/miesięcy: ……….………….……..……… w zawodzie ………..….….……………….………………………… |
| **KWALIFIKACJE****niezbędne do podjęcia zatrudnienia**(należy wskazać **minimalny** poziom kwalifikacji pozwalający na wykonywanie zadań w ramach pracy np. odbyte szkolenia, posiadane uprawnienia, np. prawo jazdy kat. C, uprawnienia SEP do 1 kW itp.) |  |
| **ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH:****niezbędna do podjęcia zatrudnienia** | [ ]  nie wymagana[ ]  język niemiecki – poziom: ……………………………………………….…….[ ]  język angielski – poziom: ……………………………………………….……..[ ]  inny – jaki? ………………….……….. – poziom: …………………………….. |
| **Kompetencje cyfrowe niezbędne do podjęcia zatrudnienia** (należy wskazać **minimalny** poziom kompetencji cyfrowych pozwalający na wykonywanie pracy) | **Wymagany poziom:** |
| **Obsługa aplikacji i programów** **(nazwa aplikacji)** (zaznacz właściwe) | [ ]  nie wymagana[ ]  pakiet biurowy (np. WORD, EXCEL itp.) – jakie:……………………………………………………………………………………………………[ ]  programy graficzne (np. FOTOSCHOP, GIMP, CORELDRAW, AUTOCAD) – jakie:…………………………………………………………………………………………..…[ ]  programy księgowe (np. PŁATNIK, Rachmistrz, 360Księgowość itp.) – jakie:…………………………………………………………………………………………………….[ ]  inne (podać jakie) ……………………………………………………………… | [ ]  podstawowy[ ]  średniozaawansowany[ ]  zaawansowany |
| **Obsługa narzędzi do komunikacji** (zaznacz właściwe) | [ ]  nie wymagana[ ]  formularze cyfrowe[ ]  poczta elektroniczna[ ]  media społecznościowe (wpisać jakie): …………………………………………… | [ ]  podstawowy[ ]  średniozaawansowany[ ]  zaawansowany |
| **Tworzenie treści** (zaznacz właściwe) | [ ]  nie wymagane[ ]  strony www[ ]  inne (podać jakie) ……………………………………………………………. | [ ]  podstawowy[ ]  średniozaawansowany[ ]  zaawansowany |
| **Programowanie** (zaznacz właściwe) | [ ]  nie wymagana[ ]  maszyn (np. obrabiarki CNC)[ ]  inne (podać jakie) ……………………………………………………………. | [ ]  podstawowy[ ]  średniozaawansowany[ ]  zaawansowany |
| **PREDYSPOZYCJE PSYCHOFIZYCZNE I ZDROWOTNE kandydata niezbędne do podjęcia zatrudnienia**(zaznacz właściwe) | [ ] sprawność manualna i koordynacja ruchowa – np. przy pracy w gastronomii, na produkcji, w laboratorium,[ ] dobra kondycja fizyczna – np. przy pracy fizycznej, w magazynie, na budowie,[ ] sprawność wzroku i słuchu – ważna w zawodach technicznych, kontrolnych, obsługowych,[ ] zmysł równowagi i precyzja ruchów – np. w zawodach  mechanicznych, fryzjerskich, kosmetycznych,[ ] wytrzymałość na monotonię lub pracę w jednej pozycji – np. praca przy komputerze, maszynach, w archiwum.[ ] brak przeciwwskazań do dźwigania (jeśli występuje praca fizyczna),[ ] brak alergii (np. na środki chemiczne przy pracy w laboratorium lub kosmetyce),[ ] brak chorób zakaźnych (np. przy pracy z żywnością lub ludźmi),[ ] inne (podać jakie) ……………………………………………………………. |
| **Rekomendowany kandydat do wykonywania prac interwencyjnych [[2]](#footnote-2)** | ***Imię i nazwisko*** |  |
| **PESEL** |  |

 *..................................................................................*

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

***Załącznik Nr 1***

*do wniosku o zawarcie umowy o organizację prac interwencyjnych*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAKRESU PRAC INTERWENCYJNYCH - dla 1 stanowiska**

**A. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANOWISKA PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa albo imię i nazwiskoorganizatora prac interwencyjnych |  |
| **Adres miejsca wykonywania pracy**:(w przypadku pracy w wielu miejscach należy podać dodatkowo miejsce przechowywania listy obecności oraz pozostałych akt bezrobotnego dotyczących prac interwencyjnych) |  |
| **Komórka organizacyjna, w której organizowanesą prace interwencyjne**(nazwa np. dział sprzedaży, księgowość, referat ds. zamówień) – wskazać lub wpisać „nie dotyczy” |  |
| **Zawód lub specjalność, której dotyczą prace interwencyjne**zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – dostępną na stronie internetowej **psz.praca.gov.pl** (ścieżka dostępu: rynek pracy> rejestry i bazy>klasyfikacja zawodów i specjalności > wyszukiwarka opisów zawodów) | **Nazwa** |  |
| **Kod cyfrowy** |  |
| **Nazwa stanowiska pracy**,na którym zatrudniony będzie skierowany bezrobotny |  |

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymiar czasu pracy**(zaznacz właściwe) | [ ]  pełen wymiar czasu pracy  |
| **Zmianowość** i **godziny pracy** (od –do)(zaznacz właściwe)**(preferowane zatrudnienie w systemie jednozmianowym)** | [ ]  jedna zmiana | w godz. …………-………… |
| [ ]  dwie zmiany | w godz. …………-………… |
| [ ]  elastyczny czas pracy  | w godz. …………-………… |
| [ ] ruch ciągły  | w godz. …………-………… |
| **Praca w soboty**(zaznacz właściwe) | [ ]  tak [ ]  nie |
| **Praca w niedziele i święta**(zaznacz właściwe) | [ ]  tak [ ]  nie |
| **Praca w porze nocnej**(zaznacz właściwe) | [ ]  tak [ ]  nie |

**C. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYNAGRODZENIA – dla 1 osoby w ramach prac interwencyjnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **System wynagradzania:** | [ ]  miesięczny [ ]  godzinowy[ ]  akordowy [ ] prowizyjny |
| **Wynagrodzenie brutto** **za jeden miesiąc dla 1 osoby** – preferowane wynagrodzenie za pracę w kwocie **przekraczającej** co najmniej **o 10%** kwotę obowiązującego **minimalnego wynagrodzenia** |  |
| Wysokość refundacji wynagrodzenia **za 1 miesiąc** **dla 1 osoby** - nie więcej niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę ( **4 666,00 zł** w 2025 r.) |  |
| **Miesięczny wymiar składek na ubezpieczenia społeczne** w części ponoszonej przez pracodawcę (% składek ZUS ponoszonych przez pracodawcę) | **……..…%**  |

**D. REALIZOWANE ZADANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj prac wykonywanych w ramach prac interwencyjnych** (ogólny zakres obowiązków) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*..................................................................................*

*(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)*

***Załącznik Nr 2***

*do wniosku o organizowanie prac Interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH**

**(oświadczenie składa osoba uprawniona do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o organizację prac interwencyjnych zgodnie z dokumentami rejestrowymi np. CEIDG, KRS)**

**Oświadczam, że:**

(zaznacz właściwe):

1. **Jestem przedsiębiorcą w rozumieniu art.4 ust.1 lub 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców**

[ ] nie

[ ] tak

1. **Zatrudniam pracowników**

[ ] nie

[ ]  **tak i:** a) **zalegam** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom lub opłacaniem należnych składek na

ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych

 Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

[ ]  nie

[ ] tak

1. **Zalegam z opłacaniem** składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne

[ ]  nie

[ ] tak

1. **Zalegam z opłaceniem innych danin publicznych**

[ ] nie

[ ] tak

1. **W okresie 365 dni przed dniem złożenia** wniosku zostałem  prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy

[ ] nie

[ ] tak

1. **Toczy się** wobec mnie postępowanie upadłościowe lub został zgłoszony wniosek o likwidację,

[ ]  nie,

[ ] tak i upadłość/ likwidacja nastąpi w terminie……………………………………….

1. **Byłem karany lub został wobec mnie orzeczony zakaz**  dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, na podstawie ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

[ ]  nie,

[ ] tak i upadłość/ likwidacja nastąpi w terminie……………………………………….

1. Zapoznałem się z treścią „***Regulaminu konkursu na organizację prac interwencyjnych w ramach Funduszy Europejskich dla Pomorza Zachodniego (FEPZ) na rok 2025”, w ramach którego składam wniosek oraz akceptuje jego postanowienia.***

[ ] nie

[ ] tak

1. **Wyrażam zgodę** Powiatowemu Urzędowi Pracy w Gryfinie, na:
2. przesyłanie na podany we wniosku adres e-mail/numer telefonu wiadomości zawierających informacje dotyczące realizacji działań skierowanych do pracodawców/przedsiębiorców realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie

[ ]  **TAK /** [ ]  **NIE**

1. wykorzystywanie podanego numeru telefonu do celów prowadzenia badań dotyczących sytuacji na rynku pracy.

[ ]  **TAK /** [ ]  **NIE**

„***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia***”.

*…………………………………………. ..................................................................................*

 *(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

 *do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

***Załącznik Nr 3***

*do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE REPREZENTANTA PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH LUB OSOBY NIM ZARZĄDZAJĄCEJ**

(składa odrębnie każdy z reprezentantów /osób zarządzających

zgodnie z dokumentami rejestrowymi podmiotu np. CEIDG, KRS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osoby składającej oświadczenie** | ***Imię i nazwisko*** |  |
| **PESEL** |  |

**Oświadczam, że**

 jestem reprezentantem/osobą zarządzającą podmiotem ubiegającym się o organizację prac interwencyjnych i **w okresie ostatnich 2 lat:**

1. byłem/łam prawomocnie skazany/a 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

[ ]  nie

[ ] tak

1. byłem/łam prawomocnie skazany/a za przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy

[ ]  nie

[ ] tak

1. byłem/łam prawomocnie skazany/a za odpowiedni czyn zabroniony o którym mowa w ust.1 lub 2 określony w przepisach prawa obcego,

[ ]  nie

[ ] tak

***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia***

 *…………………………………………. ..................................................................................*

 *(data) czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*

**POUCZENIE:**

Złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia powoduje obowiązek 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 do zwrotu.**

***Załącznik Nr 4***

*do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych*

**OŚWIADCZENIE W ZAKRESIE POMOCY PUBLICZNEJ**

(składa odrębnie wnioskodawca ubiegający się o organizację prac interwencyjnych

oraz każdy z podmiotów powiązanych)

**PODMIOT SKŁADAJĄCY OŚWIADCZENIE**

[ ] Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o organizację prac interwencyjnych

[ ]  Oświadczenie podmiotu powiązanego z wnioskodawcą zgodnie z informacją zawartą w formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de mnimis*

|  |
| --- |
|  |

 (pełna nazwa składającego oświadczenie)

**Oświadczam, że:**

(zaznacz właściwe):

**Podlegam** przepisom ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, tj.: jestem osobą fizyczną, osobą prawną lub jednostką organizacyjną niebędącą osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą.**[[3]](#footnote-3)**

[ ] nie

[ ]  **tak, i w okresie ostatnich pełnych 3 lat wstecz** (np. gdy wniosek składany jest 29.07.2025, to okres 3 lat liczymy od 29.07.2025

wstecz do 29.07.2022 włącznie) **korzystałem z pomocy publicznej** w ramach zasady *de minimis* w rozumieniu ustawy

 z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

[ ] nie

[ ]  **tak** i uzyskałem pomoc **w łącznej kwocie**(kwota pomocy w EURO): ............................................................... EURO.

(słownie:................................................................................................................................................

 …………………………………………………………………………………..…………………………………..…………………EURO)

|  |  |
| --- | --- |
| ***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia*** |  |

 *…………………………………………. ....................................................................................*

 *(data) (pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu organizatora)*

**POUCZENIE**

Wartość uzyskanej pomocy należy zweryfikować w aplikacji SUDOP służącej do wyszukiwania pomocy otrzymanej przez beneficjenta. <https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary>

1. **Pracownik** - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Rekomendowany kandydat** powinien być zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryfinie jako bezrobotny i spełniać wymagania określone w regulaminie konkursu, w ramach którego składany jest wniosek o organizację prac interwencyjnych oraz wymagania pracodawcy niezbędne do podjęcia zatrudnienia [↑](#footnote-ref-2)
3. Działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły. [↑](#footnote-ref-3)