



10. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku (bez umów zlecenie):

.....

## II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH:

1. Liczba ~~bezzrobotnych~~ bezrobotnych poszukujących pracy, niepełnosprawnych proponowana do zatrudnienia:

.....

2. Proponowany okres zatrudnienia

od.....do....., tj. .... miesięcy\*.

2.1\* Zgodnie z art. 51 – refundacja przez okres do 6 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego ~~bezzrobotnego~~ bezrobotnego poszukującego pracy, niepełnosprawnego przez okres kolejnych 3 miesięcy po zakończeniu refundacji.

2.2\* Zgodnie z art. 56 - refundacja przez okres do 12 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego ~~bezzrobotnego~~ bezrobotnego, poszukującego pracy, niepełnosprawnego przez okres kolejnych 6 miesięcy po zakończeniu refundacji.

2.3\* Zgodnie z art. 59 – refundacja dla osób powyżej 50 roku życia przez okres do 24 miesięcy, a następnie utrzymanie w zatrudnieniu skierowanego ~~bezzrobotnego~~ bezrobotnego, poszukującego pracy, niepełnosprawnego przez okres kolejnych 6 miesięcy po zakończeniu refundacji.

\* wybrać właściwy

3. Dane dot. stanowiska :

| <i>Lp.</i> | <i>Nazwa stanowiska<br/>(zgodnie z klasyfikacją<br/>zawodów)</i> | <i>Ilość<br/>miejsc<br/>pracy</i> | <i>Niezbędne lub pożądane<br/>kwalifikacje</i> | <i>Wysokość<br/>proponowanego<br/>wynagrodzenia dla<br/>skierowanych<br/>poszukujących<br/>pracy,<br/>niepełnosprawnych</i> | <i>Wnioskowana<br/>wysokość<br/>refundowanych<br/>kosztów<br/>poniesionych na<br/>wynagrodzenia z<br/>tyt. zatrudnienia<br/>skierowanych<br/>poszukujących<br/>pracy<br/>niepełnosprawnych</i> |
|------------|--|-----------------------------------|--|---|--|
| 1.         |  |                                   |  |   |  |
| 2.         |  |                                   |  |   |  |

4. Miejsce wykonywania pracy:.....

5. Rodzaj wykonywanych prac:.....

.....

6. Dodatkowe kwalifikacje:.....

7. Zmianowość: ..... ; Praca w godzinach od ..... do .....

8. Proponowany wymiar czasu pracy: .....

## III. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE

Pouczony /a / o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;

2. Spełniam warunki o dopuszczalności pomocy publicznej, o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U z 2018 r., poz. 362);

3. W ciągu ostatnich 365 dni przed złożeniem niniejszego wniosku **zostałem ukarany/nie zostałem ukarany\*** lub **skazany/ nie zostałem skazany\*** prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem/ nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (zgodnie z art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy);

4. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego;
5. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
6. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy, otrzymam pomoc publiczną;
7. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku oraz załącznikach.

**Deklaruję:**

1. Nieprzerwane zatrudnienie skierowanej osoby ~~bezrobotnej~~, poszukującej pracy, niepełnosprawnej, minimum przez okres objęty refundacją oraz utrzymanie w zatrudnieniu skierowanej osoby przez odpowiednio 3 miesiące lub 6 miesięcy po zakończeniu tej refundacji.
2. Przestrzeganie w stosunku do skierowanych ~~bezrobotnych~~ poszukujących pracy, niepełnosprawnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.

Wyrażam zgodę na podawanie do wiadomości publicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Oleśnie danych dotyczących wnioskodawcy zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do jego rozpatrzenia i realizacji wymogów art. 59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm i poz. 1149) i zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniem Dyrektywy 95/46/WE.

---

podpis i pieczęć Wnioskodawcy

**UWAGA! Do wniosku należy załączyć kserokopie następujących dokumentów / potwierdzone za zgodność z oryginałem / :**

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej;
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów;
3. W przypadku, gdy pracodawca jest spółką cywilną prosimy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
4. Pracodawca organizujący prace interwencyjne będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2018 r. , poz. 362) do wniosku dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i tej ustawy;
5. W przypadku producenta rolnego informacja o otrzymanej pomocy publicznej lub informacja o nieotrzymaniu pomocy sporządzona na podstawie wzoru zamieszczonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29.03. 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 312);
6. Załącznik nr 1 – oświadczenie o niezaleganiu;
7. Załącznik nr 2 - oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w ciągu ostatnich 3 lat;
8. **Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - wzór formularza dostępny na stronie internetowej: [olesno.praca.gov.pl](http://olesno.praca.gov.pl)**

**UWAGA:**

**Pracodawca, który nie jest beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2018 r. poz. 362) nie składa informacji, oświadczeń i zaświadczeń o uzyskanej pomocy tj. załączników nr 2 oraz formularza o pomocy de minimis.**

Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Wnioski bez kompletu załączników nie będą rozpatrywane. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników. Prace interwencyjne są organizowane po zawarciu umowy cywilno – prawnej z tutejszym Urzędem. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.

\_\_\_\_\_  
( miejscowość, data )

\_\_\_\_\_  
( pieczęć Pracodawcy )

### **O Ś W I A D C Z E N I E**

Będąc pouczony /a / o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK „*Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*”, oświadczam, że:

- **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom, opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz opłaceniem innych danin publicznych.

\_\_\_\_\_  
/ podpis wnioskodawcy /

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 nazwisko, imię, adres

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**  
**otrzymanej w okresie 3 kolejnych lat budżetowych<sup>1</sup> przed złożeniem wniosku**  
**oraz pomocy państwa dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych**

Na podstawie art. 37 ust. 1 i 2 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 362) oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających lat

otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)<sup>2</sup> pomoc w następującej wielkości

| L.p.  | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Forma pomocy | Wartość pomocy w złotych |
|-------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------|--------------------------|
| 1.    |                          |                                   |                         |              |                          |
| 2.    |                          |                                   |                         |              |                          |
| 3.    |                          |                                   |                         |              |                          |
| 4.    |                          |                                   |                         |              |                          |
| RAZEM |                          |                                   |                         |              |                          |

Data .....

.....  
 /czytelny podpis Wnioskodawcy/

<sup>1</sup>Należy brać pod uwagę bieżący rok budżetowy oraz dwa poprzedzające go lata budżetowe.

<sup>2</sup>Niepotrzebne skreślić.