



3. Forma opodatkowania (**właściwe podkreślić**) w wysokości .....%.

- Karta podatkowa
- Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
- Księga przychodów i rozchodów
- Pełna księgowość

4. Zgodnie z definicją zawartą w załączniku rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonalności UE do pomocy de minimis pracodawca jest (**właściwe podkreślić**)

- mikroprzedsiębiorcą
- małym przedsiębiorcą
- średnim przedsiębiorcą
- dużym przedsiębiorcą

5. Data rozpoczęcia działalności: .....

6. Wypłata wynagrodzenia u pracodawcy następuje ( zaznaczyć odpowiednio)

- w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie
- w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

7. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe , %

8. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy .

Zatrudnieni w ramach umowy o pracę, umowy na podst. powołania ,wyboru ,mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę	W dniu złożenia wniosku	6 ostatnich miesięcy (należy podać miesiąc i rok)						Średni stan zatrudnienia z 6 m – cy.
Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy								

(**UWAGA !** do stanu zatrudnienia nie wlicza się właścicieli ,osób z którymi zawarto umowy zlecenia, umowy o dzieło umowy o pracę nakładczą, uczniów, praktykantów, stażystów).

10. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do podpisania umowy (upoważnienie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych podmiotu lub stosownych pełnomocnictw)

.....

## II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY ORGANIZOWANYCH W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia

a)   osób w okresie od dnia -- do dnia --

**( okres nieprzerwanego zatrudnienia skierowanych bezrobotnych musi wynosić nie mniej niż 9 miesięcy w tym 6 miesięcy refundacji )**

2. Deklaracja organizatora prac interwencyjnych dotycząca zatrudnienia osób bezrobotnych zatrudnionych przy pracach interwencyjnych po ich zakończeniu:

- a) umowa o pracę na czas określony 3 m-ce
- b) umowa o pracę na czas określony powyżej 3 m-cy
- c) umowa cywilno - prawna na okres min. 3 m-cy   
z wynagrodzeniem nie niższym niż najniższa krajowa

3. Miejsce wykonywania pracy .....

4. Nazwa stanowiska .....

Rodzaj zadań wykonywanych przez kierowane osoby .....

Zmianowość .....

5. Pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi .....

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia.....

7. Wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń.....<sup>1</sup>

**<sup>1</sup>kwota refundacji wynagrodzenia ponoszonego przez PUP wynosi 800 zł + składka na ubezpieczenie społeczne liczona od tej Kwoty**

## III. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
2. Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami do Urzędu Skarbowego
3. Nie otrzymałem /łam pomocy de min mis na przedsięwzięcie , na którego realizację wnioskuję o udzielenie pomocy publicznej
4. Jestem /nie jestem <sup>1</sup> przedsiębiorcą w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de mini mis.

<sup>1</sup> proszę zaznaczyć wybraną formę.

5. **Spełniam warunki** o których mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 24 czerwca 2014 r. sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z dnia 30 czerwca 2014 r. poz. 864) oraz rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24 .12.2013 r.) pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
6. **Zobowiązuję się do złożenia** w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia w przypadku uzyskania pomocy w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy, która spowoduje przekroczenie tej kwoty.

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych /art.233 K.K/ oświadczam(y) , że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Data .....

.....  
/pieczętka i podpis Właściciela ,Dyrektora/

**Do wniosku należy dołączyć :**

1. Kserokopię dokumentu potwierdzającego formę prawną pracodawcy( zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do rejestru sądowego).
2. Kserokopię dokumentu dot. liczby pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia społecznego /DRA/ za ostatni miesiąc.
3. Formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis /załącznik do rozporządzenia RM z dnia 24 października 2014 r.(poz.1543).
4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis

**Uwaga ! W przypadku braku wymaganych dokumentów (załączników) lub niepełnego wypełnienia wniosek nie będzie rozpatrzony**