**POWIATOWY URZĄD PRACY**

  **ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec**

**tel. (34) 351-52-80  
tel./fax: (34) 351-52-81**

**e-mail:** [**kalu@praca.gov.pl**](mailto:kalu@praca.gov.pl)

www.lubliniec.praca.gov.pl

.......................................................... ………………, dnia..........................

pieczęć Organizatora robót publicznych

**Powiatowy Urząd Pracy w Lublińcu ul. Sobieskiego 9**

**42-700 Lubliniec**

# WNIOSEK

# O ORGANIZOWANIE ROBÓT PUBLICZNYCH

**Podstawa prawna: art. 136, 138 ust. 2 i nast. ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tj.Dz.U.2025 poz. 620), ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U.2025. poz. 468)**

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH**

*(zwanego dalej ,,Organizatorem”)*

**1.Pełna nazwa Organizatora**:

..................................................................................................................................................................................................................................................................

**2.** **Adres siedziby Organizatora i miejsce prowadzenia działalności:**

..................................................................................................................................................................................................................................................................

**3. Numer identyfikacyjny REGON:** …………………………………………..

**4. Numer identyfikacji podatkowej NIP:** …………………………………….

**5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:**

…………………………………………………………………………………..

**6. Numer konta bankowego:** ...............................................................................................

**7. % składki wypadkowej:** ..................................................................................................

**8.** **Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do występowania w imieniu Organizatora**:

.................................................................................................................................

**9. Nazwisko i imię osoby do kontaktu :**………………………………………

**10. Numer telefonu** **:** ……………………………………………………………

**11. E-mail** …………………………………………………………………………

**12. Adres do e-doręczeń :** …………………………………………………

**13. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego podatnika ………………………………………**

**14. Nazwa i adres Zakładu Ubezpieczeń Społecznych płatnika…………………………**

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

**B.** **ORGANIZATOR WSKAZUJE PRACODAWCĘ I UPOWAŻNIA GO DO ZAWARCIA UMOWY O ZATRUDNIENIE BEZROBOTNYCH W RAMACH ROBÓT PUBLICZNYCH** (proszę podać dane dotyczące Pracodawcy):

**1. Pełna nazwa Pracodawcy:** ...........................................................................................

……………………………………………………………………………………………..

**2. Adres siedziby Pracodawcy i miejsce prowadzenia działalności:**

……………………………………………………………………………….……………...

**3**. **Numer identyfikacyjny REGON:** …………………………………………..................

**4. Numer identyfikacji podatkowej NIP:** ………………………………………………

**5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:**

……………………………………………………………………………………………..

**6.** **Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do występowania w imieniu Pracodawcy**:

……………………………………………………………………………………………….

**7. Numer konta bankowego:** ...............................................................................................

**8. % składki wypadkowej:** ..................................................................................................

**9. Nazwisko i imię osoby do kontaktu:** …………………………………………………..

**10. Numer telefonu:** ……………………………………………………………………….

**11. E-mail:** ………………………………………………………………………………….

**12. Adres do e-doręczeń:** …………………………………………………………………..

**13. Nazwa i adres Urzędu Skarbowego podatnika ………………………………………**

**14. Nazwa i adres Zakładu Ubezpieczeń Społecznych płatnika…………………………**

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

**C.** **DANE DOTYCZĄCE REALIZOWANEGO ZADANIA**

1. **Rodzaj wykonywanych prac:**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………..…………………….

**2. Miejsce wykonywania prac:**

………………………………………………...…………………………………………………………………………………………….…………………..…………………………………………………………………………..…………………………………………………………….

**D.** **DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH**

1. **Liczba zarejestrowanych Bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia**

………………………………………………………………………………………………..

1. **Oczekiwania Pracodawcy**:

- **wykształcenie** (proszę podać poziom i kierunek): …………….………………………….

…………………………………………………………………….…………………………

- **staż pracy** (ogółem): ...........................................................................................................

- **umiejętności - specjalność**: ................................................................................................

- **wymagane uprawnienia**:……..…………………………………………………………..

- **inne**: ....................................................................................................................................

1. **Stanowiska przewidziane dla Bezrobotnych wraz z kodem zawodu oraz godziny pracy**…………………………………………………………………………………….

.................................................................................................................................................  
**godz. od** .............................................**do** ……………………………………………………

1. **Wnioskowany okres zatrudnienia Bezrobotnych** ........................................... **miesięcy**.
2. **Proponowana data rozpoczęcia pracy (należy uwzględnić termin złożenia wniosku przez Organizatora, wydania skierowań przez PUP i załatwienia spraw formalnych związanych z przyjęciem do pracy skierowanych Bezrobotnych):**
3. **Proponowane wynagrodzenie ( brutto )** **dla skierowanego Bezrobotnego** .............................................. **zł/miesiąc**
4. **Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia   
   z tytułu zatrudnienia skierowanych Bezrobotnych** ……………………………. **zł**
5. **Zatrudnienie po robotach publicznych: 30 dni /3 miesiące/ brak .**\*

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

**Podpis i pieczęć Wnioskodawcy**

\*właściwe podkreś

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA ORAZ WSKAZANEGO PRACODAWCY** |
| 1. **Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne ze stanem faktycznym**. |
| 1. **Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany 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 (Dz. U. 2025. 383 t. j.), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. 2025.633 t. j.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.** |
| 1. **Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.** |
| 1. **Nie zalegam na dzień złożenia Wniosku:**   **- z** **wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z 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,**  **- z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne,  - z opłacaniem innych danin publicznych.** |
| 1. **Oświadczam, że skierowany Bezrobotny otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające  z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.** |
| 1. **Nie otrzymałem/łam pomocy de minimis na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuję  o udzielenie pomocy publicznej.** |
| 1. **Jestem/nie jestem¹ przedsiębiorcą w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831  z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu  o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis.²*** |
| 1. **Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, za pośrednictwem poczty e-mail oraz skrzynki do  e-doręczeń.** |

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

**Miejscowość, dnia…………………** **………………………………………...**

**Podpis i pieczęć Organizatora**

**Miejscowość, dnia………………… ………………………………………...**

**Podpis i pieczęć Pracodawcy**

**¹proszę zaznaczyć wybraną formę**

**²jednostka wykonująca działalność gospodarczą niezależnie od jej formy prawnej i sposobu jej finansowania**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy Lublińcu ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych 2016/679 (RODO), w związku z ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracyi służbach zatrudnienia (Dz.U.2025.620). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowe <https://lubliniec.praca.gov.pl/j> lub w siedzibie Administratora.

**Załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie Pracodawcy dotyczące otrzymania lub nieotrzymania pomocy de minimis w roku podatkowym, w którym Pracodawca lub Przedsiębiorca ubiega się   
   o pomoc w ciągu trzech ostatnich lat. (dot. beneficjenta pomocy de minimis).
2. Oświadczenie Pracodawcy o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną na Ukrainie.

(Lista osób i podmiotów objętych sankcjami: https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. (dot. beneficjenta pomocy de minimis).
2. Zgłoszenie krajowej oferty pracy w ramach robót publicznych.
3. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną Wnioskodawcy (wpis do ewidencji działalności gospodarczej, odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, uchwała, statut itp. \*)

**\* *w przypadku wskazania przez Organizatora wykonawcy robót publicznych (Pracodawcy)  
 załączniki składa Organizator i wykonawca (Pracodawca)***

**UWAGA : Wymienione Załączniki stanowią integralną część Wniosku.**

**Wniosek niekompletny nie będzie realizowany.**

**Załącznik nr 1 do Wniosku**

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa prawna: art. 7 ust. 4 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.U. UE. L 2023.2831)** | |
| **Informacje dotyczące podmiotu, któremu**  **ma być udzielona pomoc de minimis** |

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Adres miejsce zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam iż:

* W ciągu trzech minionych lat nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
* W ciągu trzech minionych lat uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ  udzielający  pomocy | Dzień udzielen[i](file:///T:\WNIOSKI%202014%20po%20zmianie%20ustawy\REF.%20SKŁADEK%20DO%2030%20RŻ\REF%20SKŁADEK%20DO%2030%20RZ.docx#bookmark2)a  pomocy  (dzień-miesiąc-rok) | Wartość pomocy  brutto | |
| w PLN | w EURO |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| itd. |  |  |  |  |
|  |  | Razem pomoc  *de minimis* |  |  |

Oświadczam że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.  
W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika spółki.

………………………………………………….…

Data i podpis osoby upoważnionej do przedstawienia informacji

**Załącznik nr 2 do Wniosku**

**Wnioskodawca:**

…………………………………………………….

*(imię nazwisko/pełna nazwa/firma)*

…………………………………………………….

*(adres)*

**Oświadczenie**

**o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną w Ukrainie**

W związku z ubieganiem się o udzielenie wsparcia oświadczam, że nie podlegam sankcjom wprowadzonym w związku z wojną w Ukrainie i :

1) **nie jestem/Wnioskodawca\* nie jest** wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady WE 765/2006 i rozporządzeniu Rady UE 269/2014 albo wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt. 3 ustawy o Szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służące ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2025.514 t. j.)

2) beneficjentem rzeczywistym **Wnioskodawcy\*** w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r.   
o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. 2025. 644t. j.)   
**nie jest** osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady WE 765/2006   
i rozporządzeniu Rady UE 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji   
w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy wym. w pkt.1)

3) jednostką dominującą **Wnioskodawcy\*** w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023.120 t. j. ze zm.), **nie jest** podmiot wymieniony   
w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady WE 765/2006 i rozporządzeniu Rady UE 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej   
o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3) ustawy wym. w pkt.1).

\*dotyczy osób prawnych

……………………………………………………………

*Data, kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

*-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*Dokonano weryfikacji pod kątem wykluczenia w dniu …………………..

Podpis pracownika ………………………………