



POWIATOWY URZĄD PRACY  
W STRYŻOWIE  
38-100 Strzyżów, ul. Daszyńskiego 2

.....  
pieczęć firmowa Wnioskodawcy

**DATA WPŁYWU:**

## **WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

(aktualny od 23.06.2025 r.)

Wniosek należy wypełnić:

- czytelnie wpisując treść w **każdym** wyznaczonym punkcie,
- po zapoznaniu się z załączonymi we wniosku informacjami oraz zasadami organizowania i finansowania prac interwencyjnych,
- nie należy usuwać i modyfikować elementów wniosku,
- wszelkie dodatkowe informacje - wyjaśnienia należy dołączyć w formie załącznika.

Na zasadach określonych w:

- ustawie z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620),
- rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2381 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, 15.12.2023, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2023/2831/oj>),
- ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702 z późn. zm.)

## I. OZNACZENIE WNIOSKODAWCY

Wnioskującym jest:<sup>1,2</sup>

- ☐ Pracodawca **nie prowadzący działalności gospodarczej**, który nie jest beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
- ☐ Pracodawca **prowadzący działalność gospodarczą** – beneficjent pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
- ☐ Przedsiębiorca niezatrudniający pracowników.

## II. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

### 1. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności:<sup>2</sup>

- ☐ Indywidualna / jednoosobowa działalność gospodarcza
- ☐ Spółka cywilna
- ☐ Spółka jawna
- ☐ Spółka partnerska
- ☐ Spółka komandytowa
- ☐ Spółka komandytowo-akcyjna
- ☐ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- ☐ Spółka akcyjna
- ☐ Spółdzielnia
- ☐ Stowarzyszenie
- ☐ Inna (wpisać jaka): .....

<sup>1</sup> „Pracodawca” oznacza jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

Definicja „podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą” obejmuje swym zakresem wszystkie kategorie podmiotów zaangażowanych w działalność gospodarczą, niezależnie od formy prawnej tego podmiotu i źródeł jego finansowania. Nie ma znaczenia, czy są to podmioty nastawione na zysk czy też wykonują zadania społecznie użyteczne (non-profit) w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej pod pojęciem działalności gospodarczej należy rozumieć każdą działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską. Przepisy wspólnotowe mają natomiast zastosowanie **również do podmiotów sektora publicznego** prowadzących działalność gospodarczą (orzeczenie ETS w sprawie C-118/85 AAMS). Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, obowiązek stosowania przepisów w zakresie pomocy publicznej potencjalnie może zatem dotyczyć wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą bez względu na to, czy przepisy obowiązujące w danym państwie członkowskim przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy. Przy tak szeroko zakreślonych ramach definicji przedsiębiorstwa podstawowe znaczenie ma rodzaj prowadzonej działalności. Zgodnie z orzecznictwem ETS, **przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów i usług na rynku**. Pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej i usługowej (orzeczenie ETS w sprawie Herlitz T-66/92). W tym przypadku nie jest istotne występowanie zarobkowego charakteru działalności.

<sup>2</sup> Zaznaczyć właściwe.

- Nr konta Pracodawcy /Przedsiębiorcy:

3

16. Termin płatności wynagrodzeń za pracę:<sup>2</sup>

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

17. Forma opodatkowania: .....

18. Stawka opodatkowania: .....

19. Aktualna stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego: .....

20. Rodzaj prowadzonej działalności (branża, zadania statutowe) - opis: .....

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

21. Liczba ogółem zatrudnionych<sup>3</sup> pracowników wg. stanu na dzień złożenia wniosku wynosi: .....

<sup>3</sup> Do zatrudnionych zalicza się: osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą, osoby młodociane zatrudnione na podstawie umowy w celu przygotowania zawodowego. Do zatrudnionych nie podlegają zaliczeniu: osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenie lub umowy o dzieło, praktykantów lub studentów odbywających szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktykę lub szkolenie zawodowe, osoby odbywające staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych.

### III. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, NA KTÓRYCH ZOSTANĄ ZATRUDNIONE OSOBY W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH.

*Uwaga! Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac lub robót publicznych u tego pracodawcy.*

1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w ramach prac interwencyjnych, nazwa stanowiska pracy, proponowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych<sup>4</sup>, wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanego bezrobotnego, w tym wnioskowana wysokość refundowanej części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych osób:

Ogółem ..... osoba/by w tym:

- 1) ..... osoba/y na stanowisko: .....  
okres zatrudnienia w czasie refundacji: .....  
okres zatrudnienia po refundacji: .....  
wynagrodzenie w kwocie: .....  
- w tym wysokość refundacji:<sup>5</sup> .....
- 2) ..... osoba/y na stanowisko: .....  
okres zatrudnienia w czasie refundacji: .....  
okres zatrudnienia po refundacji: .....  
wynagrodzenie w kwocie: .....  
- w tym wysokość refundacji: .....
- 3) ..... osoba/y na stanowisko: .....  
okres zatrudnienia w czasie refundacji: .....  
okres zatrudnienia po refundacji: .....  
wynagrodzenie w kwocie: .....  
- w tym wysokość refundacji: .....
- 4) ..... osoba/y na stanowisko: .....  
okres zatrudnienia w czasie refundacji: .....  
okres zatrudnienia po refundacji: .....  
wynagrodzenie w kwocie: .....  
- w tym wysokość refundacji: .....

<sup>4</sup> **UWAGA:** Pracodawca jest obowiązany zatrudniać bezrobotnego przez okres refundacji (od 3-12 miesięcy) oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.

<sup>5</sup> Maksymalna wysokość miesięcznej kwoty refundacji w stosunku do 1 osoby w ramach prac interwencyjnych o jaką można się ubiegać w 2025 r. w PUP Strzyżów wynosi **2 100,00 zł** + ustalona od tej kwoty kwota składek na ubezpieczenia społeczne (w przypadku ubiegania się o dofinansowanie dla osób bezrobotnych zwolnionych z pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników oraz pracowników objętych zwolnieniami monitorowanymi maksymalna wysokość miesięcznej kwoty refundacji wynosi **3 900,00 zł** + ustalona od tej kwoty kwota składek na ubezpieczenia społeczne).

## 2. Charakterystyka stanowisk pracy tworzonych w ramach prac interwencyjnych:

| Lp. | Nazwa stanowiska pracy, zawodu oraz kod zawodu <sup>6</sup> | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana | Wymagane kwalifikacje, wykształcenie, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy | Tryb pracy / adres miejsca pracy <sup>7</sup> / godziny pracy (od – do)                                               | Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto | Deklarowana długość zatrudnienia | Zmianowość                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Nazwa stanowiska:                                           |                                      | Wykształcenie (poziom, typ, kierunek):                                                                     | <input type="checkbox"/> stacjonarny<br><input type="checkbox"/> niestacjonarny<br><input type="checkbox"/> hybrydowy |                                             |                                  | <input type="checkbox"/> I zmiana<br><input type="checkbox"/> II zmiany<br><input type="checkbox"/> III zmiany<br><input type="checkbox"/> inne (podać jakie): |
|     |                                                             |                                      | Doświadczenie zawodowe: <sup>8</sup>                                                                       | Adres:                                                                                                                |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Nazwa zawodu:                                               |                                      | Umiejętności i uprawnienia: <sup>9</sup>                                                                   |                                                                                                                       |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Kod zawodu: .....                                           |                                      | Inne: <sup>9</sup>                                                                                         | Godziny pracy:                                                                                                        |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
| 2.  | Nazwa stanowiska:                                           |                                      | Wykształcenie (poziom, typ, kierunek):                                                                     | <input type="checkbox"/> stacjonarny<br><input type="checkbox"/> niestacjonarny<br><input type="checkbox"/> hybrydowy |                                             |                                  | <input type="checkbox"/> I zmiana<br><input type="checkbox"/> II zmiany<br><input type="checkbox"/> III zmiany<br><input type="checkbox"/> inne (podać jakie): |
|     |                                                             |                                      | Doświadczenie zawodowe: <sup>8</sup>                                                                       | Adres:                                                                                                                |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Nazwa zawodu:                                               |                                      | Umiejętności i uprawnienia: <sup>9</sup>                                                                   |                                                                                                                       |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Kod zawodu: .....                                           |                                      | Inne: <sup>9</sup>                                                                                         | Godziny pracy:                                                                                                        |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |

<sup>6</sup> Oprócz nazwy stanowiska pracy i nazwy zawodu należy wpisać również symbol cyfrowy zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy – <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>.

<sup>7</sup> W przypadku stanowisk niestacjonarnych należy wpisać adres siedziby Wnioskodawcy / miejsca wykonywania działalności gospodarczej i teren na jakim osoba będzie pracować (np. województwo podkarpackie, powiat strzyżowski itp.), stacjonarnych – adres miejsca pracy, hybrydowych – adres miejsca pracy (stacjonarnej) - teren pracy.

<sup>8</sup> Należy wpisać w jakim zawodzie i jak długie doświadczenie zawodowe jest wymagane (np. sprzedawca – 3 lata) lub wpisać brak w przypadku braku wymagań.

<sup>9</sup> Pola nieobowiązkowe.

| Lp. | Nazwa stanowiska pracy, zawodu oraz kod zawodu <sup>6</sup> | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana | Wymagane kwalifikacje, wykształcenie, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy | Tryb pracy / adres miejsca pracy <sup>7</sup> / godziny pracy (od – do)                                               | Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto | Deklarowana długość zatrudnienia | Zmianowość                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.  | Nazwa stanowiska:                                           |                                      | Wykształcenie (poziom, typ, kierunek):                                                                     | <input type="checkbox"/> stacjonarny<br><input type="checkbox"/> niestacjonarny<br><input type="checkbox"/> hybrydowy |                                             |                                  | <input type="checkbox"/> I zmiana<br><input type="checkbox"/> II zmiany<br><input type="checkbox"/> III zmiany<br><input type="checkbox"/> inne (podać jakie): |
|     |                                                             |                                      | Doświadczenie zawodowe: <sup>8</sup>                                                                       | Adres:                                                                                                                |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Nazwa zawodu:                                               |                                      | Umiejętności i uprawnienia: <sup>9</sup>                                                                   |                                                                                                                       |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Kod zawodu:                                                 |                                      | Inne: <sup>9</sup>                                                                                         | Godziny pracy:                                                                                                        |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
| 4.  | Nazwa stanowiska:                                           |                                      | Wykształcenie (poziom, typ, kierunek):                                                                     | <input type="checkbox"/> stacjonarny<br><input type="checkbox"/> niestacjonarny<br><input type="checkbox"/> hybrydowy |                                             |                                  | <input type="checkbox"/> I zmiana<br><input type="checkbox"/> II zmiany<br><input type="checkbox"/> III zmiany<br><input type="checkbox"/> inne (podać jakie): |
|     |                                                             |                                      | Doświadczenie zawodowe: <sup>8</sup>                                                                       | Adres:                                                                                                                |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Nazwa zawodu:                                               |                                      | Umiejętności i uprawnienia: <sup>9</sup>                                                                   |                                                                                                                       |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |
|     | Kod zawodu:                                                 |                                      | Inne: <sup>9</sup>                                                                                         | Godziny pracy:                                                                                                        |                                             |                                  |                                                                                                                                                                |

<sup>6</sup> Oprócz nazwy stanowiska pracy i nazwy zawodu należy wpisać również symbol cyfrowy zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy – <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>.

<sup>7</sup> W przypadku stanowisk niestacjonarnych należy wpisać adres siedziby Wnioskodawcy / miejsca wykonywania działalności gospodarczej i teren na jakim osoba będzie pracować (np. województwo podkarpackie, powiat strzyżowski itp.), stacjonarnych – adres miejsca pracy, hybrydowych – adres miejsca pracy (stacjonarnej) - teren pracy.

<sup>8</sup> Należy wpisać w jakim zawodzie i jak długie doświadczenie zawodowe jest wymagane (np. sprzedawca – 3 lata) lub wpisać brak w przypadku braku wymagań.

<sup>9</sup> Pola nieobowiązkowe.

3. Podmiot **sektora publicznego**, który w części I wniosku oświadczył, że prowadzi działalność gospodarczą w związku z zatrudnieniem osób skierowanych na wskazanych stanowiskach oświadcza:

a) **Prowadzę** równocześnie działalność **niemającą charakteru gospodarczego**:

☐ TAK                      ☐ NIE

b) **Prowadzę** rozdzielną rachunkową pomiędzy działalnością o charakterze gospodarczym, a działalnością nie mającą charakteru gospodarczego:

☐ TAK                      ☐ NIE                      ☐ NIE DOTYCZY

c) **Będę** zatrudniał osoby skierowane na stanowiskach związanych z prowadzoną działalnością o charakterze gospodarczym (zgodnie z zakresem obowiązków wynikającym z umowy o pracę):

☐ TAK                      ☐ NIE                      ☐ NIE DOTYCZY

d) Koszty wynagrodzenia osoby bezrobotnej skierowanej w ramach prac interwencyjnych finansowane będą z dochodów pozyskanych z działalności o charakterze gospodarczym:

☐ TAK                      ☐ NIE                      ☐ NIE DOTYCZY

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

### **Załączniki do wniosku:**

- 1) Deklaracja zatrudnienia – załącznik nr 1;
- 2) Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 2;
- 3) Oświadczenie osób reprezentujących podmiot ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osób nim zarządzających – załącznik nr 3;
- 4) Klauzula informacyjna – załącznik nr 5;
- 5) Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z tytułu podatków i opłat - ważne 30 dni od daty wystawienia;
- 6) Aktualne zaświadczenie określające wysokość stopy ubezpieczenia wypadkowego;
- 7) Powierzenie obowiązków, powołanie jeżeli nie wynika to z dokumentów, pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy, jeśli pracodawca/przedsiębiorca działa przez pełnomocnika;

### **Spółki cywilne** składają dodatkowo:

- 8) Dane dotyczące poszczególnych wspólników – załącznik nr 6;
- 9) Umowę spółki cywilnej;
- 10) Aktualne zaświadczenie REGON i NIP;

### **Jednostki sektora publicznego** składają dodatkowo:

- 11) Statut, uchwała powołująca;
- 12) Aktualne zaświadczenie REGON i NIP;

### **Pracodawcy/Przedsiębiorcy opłacający składkę na ubezpieczenie społeczne rolników (KRUS)**

składają dodatkowo:

- 13) Zaświadczenie z KRUS o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne rolników - ważne 30 dni od daty wystawienia;

**Beneficjenci pomocy** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej do wniosku, składają dodatkowo:

- 14) Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis o wysokości uzyskanej pomocy de minimis – załącznik nr 4;
- 15) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem!

**Uwaga!** Uzupelnienie wniosków nieprawidłowo wypełnionych lub niekompletnych może nastąpić do 7 dni po otrzymaniu powiadomienia Starosty. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

W terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku Starosta informuje wnioskodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku.

## DEKLARACJA ZATRUDNIENIA

(wypełnia wnioskodawca w dniu złożenia wniosku)

Ja, niżej podpisany reprezentujący .....

.....

(nazwa Pracodawcy)

z siedzibą w .....

(adres)

Zobowiązuje się **bezpośrednio** po zakończeniu okresu zobowiązaniowego wynikającego z zawartej umowy o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych **do zatrudnienia** ..... osób **na okres co najmniej 90 dni** na podstawie umowy o pracę lub w ramach umowy cywilnoprawnej osób bezrobotnych skierowanych do pracy w ramach niniejszej umowy.

.....

miejscowość, data

.....

podpis i pieczęć osoby reprezentującej wnioskodawcę

## OŚWIADCZENIE

### OŚWIADCZENIE SKŁADA OSOBA REPREZENTUJĄCA PODMIOT UBIEGAJĄCY SIĘ O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH LUB OSOBA NIM ZARZĄDZAJĄCA

1. **zalegam / 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;
2. **zalegam / nie zalegam\*** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
3. **zalegam / nie zalegam\*** na dzień złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
4. **posiadam / nie posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom;
6. **toczy / nie toczy\*** się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe;
7. **został / nie został\*** zgłoszony wniosek o likwidację;
8. **występują / nie występują\*** wobec wnioskodawcy przesłanki uzasadniające złożenie wniosku o rozpoczęcie postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego;
9. **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie dotyczącej naruszenia praw pracowniczych;
10. **zostałem / nie zostałem\*** skazany w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych;
11. **zostałem / nie zostałem\*** wpisany na listę osób i podmiotów, wobec których stosowane są środki sankcyjne, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 514);
12. zobowiązuje się do udostępniania Urzędowi na każde żądanie niezbędnych dokumentów i udzielania właściwych informacji mających wpływ na rozpatrzenie wniosku i przyznanie refundacji;
13. informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zmian tychże informacji mających wpływ na realizację

---

\* Nieprawidłowe skreślić.

zawartej na ich podstawie umowy dotyczącej prac interwencyjnych, zobowiązuję się pisemnie poinformować o nich Urząd, nie później jednak niż do dnia zawarcia umowy w sprawie refundacji;

14. przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zawarcia umowy o organizowanie prac interwencyjnych będę zobowiązany do zatrudniania skierowanego bezrobotnego przez określony w umowie okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji;
15. przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niewywiązania z warunku zatrudniania skierowanego bezrobotnego lub w przypadku naruszenia innych warunków umowy będę zobowiązany do 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 Starosty;
16. przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 albo art. 53 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy albo wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu przez jaki ma być zatrudniana skierowana osoba po zakończeniu refundacji starosta skieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego;
17. **zobowiązuję się do aktualizacji adresu do doręczeń** w terminie do 7 dni od zmiany tego adresu;
18. **spełniam / nie spełniam\*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2381 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, 15.12.2023, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2023/2831/oj>) (dotyczy wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą);
19. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym na podstawie ustawy z 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem (dotyczy prowadzących działalność gospodarczą);
20. zobowiązuję się do złożenia dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych otrzymam pomoc publiczną (dotyczy prowadzących działalność gospodarczą);
21. **prowadzę / nie prowadzę\*** działalności gospodarczej przez okres 6 miesięcy, a w przypadku działalności rozpoczętej w związku z udzieleniem środków przez PUP przez okres 12 miesięcy (do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności) (dotyczy prowadzących działalność gospodarczą);
22. **jest mi wiadomo**, że refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne dokonana w ramach prac interwencyjnych poniesionych w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego stanowi pomoc de minimis spełniającą warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2381 z 13.12.2023 r. w sprawie

stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (dotyczy prowadzących działalność gospodarczą);

23. **przerwałem / nie przerwałem** jako organizator stażu w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku realizację stażu bez uzasadnionej przyczyny lub jako organizatorowi stażu starosta **przerwał / nie przerwał** realizację stażu w okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku z powodu nierealizowania przez organizatora programu stażu lub niedotrzymywania warunków jego odbywania;
24. **przyjmuję do wiadomości, że złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia powoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji.**

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

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis Wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE

### OŚWIADCZENIE SKŁADA KAŻDA OSOBA REPREZENTUJĄCA PODMIOT UBIEGAJĄCY SIĘ O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH LUB OSOBY NIM ZARZĄDZAJĄCE\*

Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, że:

1. **byłem / nie byłem\*\*** okresie ostatnich 2 lat prawomocnie skazany za:
  - 1) przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń,
  - 2) przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym,
  - 3) przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny,
  - 4) przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. - Kodeks karny skarbowy,
  - 5) przestępstwo na podstawie ustawy z dnia 28.10.2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
2. **zostałem / nie zostałem\*\*** wpisany na listę osób i podmiotów, wobec których stosowane są środki sankcyjne, o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 514).

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

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć osoby reprezentującej wnioskodawcę

---

\* Oświadczenie składa **KAŻDA osoba reprezentująca lub mogąca reprezentować** wnioskodawcę, tj. np. właściciel, prezes zarządu, członek zarządu, prokurent, pełnomocnik, itd. Zasada jest następująca: jeżeli ktoś może reprezentować wnioskodawcę i np. w jego imieniu podpisywać umowy to musi złożyć to oświadczenie (*Przykład. Spółka posiada 3-osobowy zarząd – Prezes zarządu i dwóch członków zarządu. Dodatkowo spółka ustanowiła prokurenta. Zgodnie z umową spółki każdy z członków zarządu może podpisywać umowy w imieniu spółki. Oświadczenie więc muszą wypełnić cztery osoby*).

\*\* Nieprawidłowe skreślić.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY  
UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC DE MINIMIS  
O WYSOKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS\***

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 297 § 1 Kodeksu karnego), oświadczam, iż:\*\***

- ☐ **Nie otrzymałem(am)** pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w ciągu minionych 3 lat.
- ☐ **Otrzymałem(am)** pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w ciągu minionych 3 lat w wysokości:

zł

euro

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie lub dostarczyć otrzymane zaświadczenia o pomocy de minimis.**

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna udzielenia pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy |      | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Przeznaczenie pomocy |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------|------|-------------------------------------------|----------------------|
|     |                            |                                   |                         | PLN            | EURO |                                           |                      |
| 1.  |                            |                                   |                         |                |      |                                           |                      |
| 2.  |                            |                                   |                         |                |      |                                           |                      |
| 3.  |                            |                                   |                         |                |      |                                           |                      |
| 4.  |                            |                                   |                         |                |      |                                           |                      |
| 5.  |                            |                                   |                         |                |      |                                           |                      |
| 6.  |                            |                                   |                         |                |      |                                           |                      |

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej  
do jego reprezentowania

\* W przypadku spółki cywilnej oświadczenie wypełnia każdy wspólnik z osobna oraz spółka.

\*\* Zaznaczyć właściwe.

Pouczenie:

1. Podmiot udzielający pomocy – zdefiniowany w art. 2 pkt 12 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 468), dalej „ustawa”, tj. organ administracji publicznej lub inny podmiot, który jest uprawniony do udzielenia pomocy publicznej.
2. Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 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 (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023) – pomoc przyznana przez jedno państwo członkowskie jednemu przedsiębiorstwu, która nie przekracza 300 000 euro w okresie trzech lat. Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia opodatkowania podatkiem dochodowym. Pułap ten stosuje się bez względu na formę i cel pomocy de minimis. Podmioty udzielające pomocy wydają beneficjentowi pomocy zaświadczenie stwierdzające, że udzielona pomoc publiczna jest pomocą de minimis. Beneficjent powinien wykazać w oświadczeniu każdą pomoc otrzymaną we wskazanym w oświadczeniu okresie, co do której Beneficjent otrzymał zaświadczenie stwierdzające udzielenie pomocy de minimis.
3. Należy podać pełną podstawę prawną udzielenia pomocy (nazwę aktu prawnego).
4. Dzień nabycia przez Beneficjenta prawa do skorzystania z pomocy (dzień podpisania umowy lub wydania decyzji, na podstawie których nastąpiło udzielenie pomocy), a w przypadku gdy udzielenie pomocy w formie ulgi podatkowej następuje na podstawie aktu normatywnego – na zasadach wymienionych w art. 2 pkt 11 ustawy.
5. W przypadku pomocy de minimis nie podaje się numeru.
6. Pomocą jest każde wsparcie udzielone ze środków publicznych w szczególności: dotacje, pożyczki, kredyty, gwarancje, poręczenia, ulgi i zwolnienia podatkowe, zaniechanie poboru podatku, odroczenie płatności lub rozłożenie na raty płatności podatku, umorzenie zaległości podatkowej oraz inne formy wsparcia, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowują ich beneficjenta do konkurentów. Katalog form pomocy znajduje się w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2008 r. w sprawie sprawozdań o udzielonej pomocy publicznej, informacji o nieudzieleniu takiej pomocy oraz sprawozdań o zaległościach przedsiębiorców we wpłatach świadczeń należnych na rzecz sektora finansów publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 161 z późn. zm.).
7. Należy podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji, obliczony zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 sierpnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu obliczania wartości pomocy publicznej w różnych formach (Dz. U. z 2018 r. poz. 461).
8. Należy podać wartość pomocy w euro ustaloną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy – równowartość pomocy w euro ustala się według kursu średniego walut obcych ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu udzielenia pomocy (do obliczeń wykorzystujemy kurs euro podany z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, po przeliczeniu na złote zaokrąglamy do dwóch miejsc po przecinku).

## Klauzula informacyjna

W trybie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/2016-05-04>) dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2, 38-100 Strzyżów reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Strzyżowie.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzyżowie – tel.: 17 2768485, e-mail: [iod@strzyzow.praca.gov.pl](mailto:iod@strzyzow.praca.gov.pl), adres: Powiatowy Urząd Pracy w Strzyżowie, ul. Daszyńskiego 2.
3. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w celu realizacji zadań w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej wynikających z przepisów z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), a także w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów innych ustaw.
4. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowią przepisy ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, przepisy wykonawcze do powyższej ustawy oraz przepisy art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w celu korzystania ze świadczeń i usług realizowanych przez powiatowy urząd pracy, a w przypadku zawierania umów warunkiem jej zawarcia. Ewentualną konsekwencją odmowy podania przez Panią/Pana danych osobowych jest odmowa przyznania uprawnień, o które się Pani/Pan ubiega, ich utrata lub pozbawienie, jeżeli z odmową podania danych osobowych taki skutek wiąże obowiązuje przepisy ustaw, a w przypadku zawierania umów odmowa ich zawarcia. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez upoważnione osoby, które są zaangażowane w realizację ww. zadań.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty upoważnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa do udostępnienia im danych osobowych, m.in. Urząd Skarbowy, Wojewódzki Urząd Pracy, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Państwowa Inspekcja Pracy, a także inne podmioty na podstawie zawartych umów takie jak: banki, Poczta Polska SA, Sygnity SA, podmioty świadczące usługi szkoleniowe, audytowe, niszczenia dokumentów, itp.
7. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe pozyskane od wszystkich podmiotów zobowiązanych na podstawie ustawy do udostępnienia tych danych tutajszemu Urzędowi.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane odbiorcom w państwach znajdujących się poza Unią Europejską i Europejskim Obszarem Gospodarczym lub do organizacji międzynarodowej.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
  - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
  - b) sprostowania danych osobowych, jeżeli są nieprawidłowe,
  - c) usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tych danych, a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – tylko wówczas, gdy usunięcie lub ograniczenie przetwarzania danych lub wniesiony sprzeciw nie będzie uniemożliwiać realizacji swoich zadań przez organy publiczne i nie będzie sprzeczne z przepisami prawa,
  - d) cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – tylko wówczas, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a RODO,
  - e) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy.
10. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegać decyzji, która opiera się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i ust. 4 RODO.
11. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikającego z przepisów obowiązującego prawa, m.in. ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164).

Zapoznałem/am się

.....  
data i podpis

**DANE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ - .....**  
(nazwa spółki)

**Liczba wspólników spółki cywilnej: .....**

## I WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

.....

|                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| .....<br>miejscowość, data | .....<br>podpis i pieczęćka współnika |
|----------------------------|---------------------------------------|

## II WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

.....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć współnika

### III WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

miejsowość, data

podpis i pieczęć wspólnika

## IV WSPÓLNIK

1. Imię i nazwisko: .....
2. Nazwa firmy: .....  
.....
3. Adres miejsca zamieszkania: .....  
.....
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności: .....  
.....
5. Numer PESEL: .....
6. Numer NIP: .....
7. Numer REGON: .....

miejsowość, data

podpis i pieczętka wspólnika