

.....  
(pieczęć Pracodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

Powiatowy Urząd Pracy  
ul. 1 Maja 65  
98-330 Pajęczno

### **WNIOSEK O ZORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

*Na zasadach określonych w art. 135,137-139 w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U z 2025 r. poz. 620 z późn. zm.)*

#### **I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Nazwa Pracodawcy.....
2. Adres siedziby..... tel.....
3. Adres prowadzenia działalności.....
4. NIP .....REGON .....PKD.....
5. Osoba reprezentująca Pracodawcę .....
6. Krótka charakterystyka zakładu pracy:
  - rodzaj prowadzonej działalności: .....
  - data rozpoczęcia .....
  - forma organizacyjno-prawna: .....
  - zakład zarejestrowany w .....
  - stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego:.....
7. Numer rachunku bankowego:.....
8. Na dzień .....zatrudniam ..... pracowników w przeliczeniu na pełny etat.
9. Termin wypłaty wynagrodzenia:
  - wynagrodzenie wypłacane w miesiącu, w którym świadczono pracę
  - wynagrodzenie wypłacane w miesiącu następnym po miesiącu świadczenia pracy
10. Osoba do kontaktu ze strony pracodawcy:
  - imię i nazwisko .....
  - stanowisko i tel. kontaktowy.....
11. Adres do E-doręczeń lub epuap:.....
12. Czy podmiot ma konto na portalu praca.gov.pl  tak  nie

13. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie korespondencji przez portal [praca.gov.pl](http://praca.gov.pl)

tak     nie

## II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA:

1. Liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy .....
2. Proponowany data rozpoczęcia prac interwencyjnych: .....
3. Okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych.....
4. Wnioskowany okres refundacji prac interwencyjnych.....
5. Deklaruję zatrudnienie skierowanej/yh ..... osoby/ób bezrobotnej/yh po zakończeniu okresu prac interwencyjnych na okres ..... miesięcy.

Zawód (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)*	Niezbędne lub pożądane kwalifikacje i inne wymagania	Proponowane wynagrodzenie	Wnioskowana kwota refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne

7. Dodatkowe wymagania: .....

8. System pracy:  jednozmianowy     dwuzmianowy     trzymianowy     ciągły

9. Praca w godzinach: .....

10. Rodzaj i miejsce prac interwencyjnych: .....

.....

.....

.....

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

### Załączniki do wniosku /w przypadku kopii - potwierdzone za zgodność z oryginałem/:

1. Dokument potwierdzający formę prawną Pracodawcy wraz z powołaniem osoby reprezentującej/jeśli dotyczy.
2. Oświadczenie Pracodawcy nr 1.

*Beneficjent pomocy publicznej dodatkowo składa:*

3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
4. Oświadczenie Pracodawcy nr 2.