

Polkowice, dn. ………………..

……………………………

(pieczątka firmowa)

Nr wniosku WnPI/………….

***Dekretacja:*** Nr oferty pracy OfPr/……….

Nr st. pracy StPr/……………

Nr umowy UmPI/…………..

**Do Dyrektora Powiatowego**

**Urzędu Pracy w Polkowicach**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Na zasadach określonych w:**

*-Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach ryku pracy,*

*-Ustawie z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,*

*-Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne,*

*-Rozporządzeniu 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 dnia 24.12.2013 r., str. 1).*

*- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu*

*Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r., str. 9).*

*- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu*

*Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28 czerwca 2014 r., str. 45).*

***Dane dotyczące Wnioskodawcy***

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy

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

2. Adres siedziby Wnioskodawcy

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

3. Miejsce prowadzenia działalności

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

4. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności

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

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

5. Numer statystyczny zakładu - REGON

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

6. Numer NIP

7. Nazwisko, imię, stanowisko służbowe osoby uprawnionej do podpisywania umowy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Nazwisko, imię, osoby prowadzącej u Wnioskodawcy sprawy kadrowe oraz numer telefonu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9. Nazwa banku i numer konta bankowego

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

|  |
| --- |
|  |

10. Aktualna stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe –

**Dane dotyczące tworzonych stanowisk pracy**:

1. Ilość bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia: ..............
2. Nazwa stanowiska pracy:…………………………………………………………………................……………………………………………….
3. Nazwa i kod zawodu (zgodne z klasyfikacją zawodów i specjalności): ……………………………………………………………..
4. Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wymagane minimalne kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni (zawód, wykształcenie, uprawnienia, kursy):
2. minimalny poziom wykształcenia:

* bez znaczenia - osoba do przyuczenia na stanowisku
* zasadnicze zawodowe
* średnie
* wyższe

W przypadku zaznaczenia wykształcenia wyższego niż podstawowe proszę podać wymagany kierunek wykształcenia lub ewentualnie wszystkie dopuszczalne kierunki pokrewne:

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

1. wymagany staż pracy w zawodzie (proszę podać w jakim zawodzie lub wszystkie dopuszczalne pokrewne):

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

* nie wymagany - osoba do przyuczenia na stanowisku
* poniżej 1 roku
* od 1 do 2 lat
* od 2 do 3 lat
* powyżej 3 lat

1. wymagane uprawnienia kursy (proszę podać jakie):

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

1. Zmianowość: ………… godziny pracy: ............................................... (należy określić dla każdej zmiany oddzielnie)
2. Miejsce wykonywania pracy: ……………………………………………………………………......…………………………………………………..
3. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego bezrobotnego ...................…………… zł/m-c.
4. Wnioskowana kwota refundacji: ……………………………**+ składki** na okres ………….. miesięcy.

10.Termin wypłat wynagrodzeń pracowniczych jest realizowany:

a/ w bieżącym miesiącu b/ do 10 dnia następnego miesiąca

11.Osoba bezrobotna zostanie zatrudniona (proszę podać orientacyjny termin) w okresie:

od …………………………………………….. w pełnym wymiarze czasu pracy

12.Imię, nazwisko i nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z PUP ...................................................................................................................................................

Data wypełnienia wniosku: ..................................

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

**(podpis i pieczęć pracodawcy)**

**Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:**

1. Informacja dotycząca pomocy publicznej otrzymanej w okresie kolejnych trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Deklaracja zatrudnienia po okresie objętym umową o organizację prac interwencyjnych.
4. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych.
5. Kserokopię dokumentu potwierdzającego pełnomocnictwo osoby do reprezentacji

( akt powołania , mianowania lub pisemne oświadczenie).

VI. Kopię dokumentu poświadczającego formę prawną Pracodawcy:

1. przypadku spółek – umowa spółki,
2. uchwała powołania, status podmiotu,
3. inne dokumenty poświadczające formę prawną.

**Kopie ww. dokumentów Pracodawca potwierdza za zgodność z oryginałem.**

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU WNIOSKUJĄCEGO O ZATRUDNIENIE W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**

***Oświadczam, że wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku, złożone oświadczenia oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku.***

***Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku o organizowanie prac interwencyjnych:***

1. **Znajduję się / nie znajduję się**\* w stanie likwidacji lub upadłości.
2. **Zalegam / nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz opłacaniem w terminie innych danin publicznych.
3. **Posiadam / nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanychzobowiązań**,** wynikających z tytułu zawartych umów cywilnoprawnych.
4. **Jestem / nie jestem**\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 708 z późn. zm.).
5. Z**ostałem / nie zostałem****\*** w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **jestem /nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
6. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1407/2013 oraz w art. 3, ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1408/2013.

…………………………………………………………………………………………..

(Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że:**

1. Skierowany bezrobotny otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym na czas nie określony.
2. Zapoznałem/am się z zasadami dotyczącymi organizacji prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Polkowicach z dnia **01.03.2021 roku** ( Zasady dostępne są w siedzibie PUP Polkowice, punktach przyjęć osób bezrobotnych w poszczególnych gminach oraz na stronie internetowej Urzędu).
3. Jest mi wiadome, że wykazy pracodawców i osób, z którymi zawarto umowy w przypadkach, o których mowa w art. 51, art. 56 i art. 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, są podawane do wiadomości publicznej przez powiatowy urząd pracy poprzez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu na okres 30 dni. Wykazy zawierają:
   1. nazwę pracodawcy albo imię i nazwisko osoby, z którą zawarto umowę;
   2. wskazanie rodzaju instrumentu rynku pracy;
   3. liczbę utworzonych stanowisk pracy.

**………………………………………………...**

(Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**DEKLARACJA PODMIOTU WNIOSKUJĄCEGO O ZATRUDNIENIE W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**

Deklaruję, że po okresie zatrudnienia osób bezrobotnych w ramach umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **minimum 30 dni,** a wówczas Starosta uzna współpracę z Pracodawcą za efektywną.

……………………………………………

Data i podpis

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O POMOCY PUBLICZNEJ I POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że:

**- w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz 2 poprzedzających go latach kalendarzowych do dnia złożenia wniosku:**

* **otrzymałem(am) /nie otrzymałem(am)**\* środki stanowiące pomoc publiczną lub pomoc de minimis w zakresie wynikającym z art. 37 ust.1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r.   
  o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej lub pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy w euro** | **Wartość pomocy w złotych** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |

* **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\***inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis

………………………………………..……

pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna dla pracodawców/podmiotów realizujących usługi na rzecz Powiatowego Urzędu Pracy w Polkowicach**

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Polkowicach ul. Legnickiej 15, 59-100 Polkowice, tel.: 76 746 52 50.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z **Inspektorem Ochrony Danych** (IOD): Agnieszka Siemczonek e-mail: iodo@amt24.biz
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia

20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktach wykonawczych do ustawy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 6 pkt.1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego.

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty, którym Administrator przekazuje te dane na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów powierzenia.
2. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z ustawą z dnia

14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach w oparciu o Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt obowiązujący w Powiatowym Urzędzie Pracy w Polkowicach.

1. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
2. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych nie odbywa się na podstawie udzielanej przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w związku z czym nie przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody.
3. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych

ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.

1. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Jednakże w celu zawarcia i realizacji umowy niezbędne.
2. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji opartych na profilowaniu.
3. Pani/Pana dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.

……………………………………………….

Data i podpis oświadczającego