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

/pieczęć podmiotu/

Nr wniosku.........................................

W N I O S E K

O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2024r. poz. 475), ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023r. poz. 702), rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne ( Dz.U. 2014, poz. 864) , rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z 24.12.2013), rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 do pomocy de minimis w sektorze rolnym ( Dz.Urz. UE L 352/9 z 24.12.2013) oraz rozporządzenia 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.

1. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU :
2. Nazwa i adres Podmiotu, osoba do kontaktu:

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

2. tel. ………………….tel. kom. ………………………..

3. e-mail:...................................................................................., www:......................................................................................

4. NIP …………………………………, REGON ……………………………, PKD ………………….

1. Nazwa banku i numer konta: ....................................................................................................................................................................................................

nr

1. Forma organizacyjno-prawna: ..............................................................................................................................................
2. Forma opodatkowania: .........................................................................................................................................................
3. Rodzaj prowadzonej działalności .........................................................................................................................................

..................................................................................................................................... data rozpoczęcia --

1. Stopa ubezpieczenia wypadkowego  **,** %
2. Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

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

/nazwisko i imię / /stanowisko/

### LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW[[1]](#footnote-1) W POSZCZEGÓLNYCH 6 MIESIĄCACH POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma zatrudnienia | w dniu złożenia wniosku | 6 m-cy poprzedzających złożenie wniosku  /należy podać miesiąc i rok/ | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników  zatrudnionych na umowę o pracę  (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) |  |  |  |  |  |  |  |

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny i sposób rozwiązania stosunku pracy:

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

### DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY

### Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich dwóch lat), jeżeli tak to proszę podać:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FORMA WSPARCIA | liczba zorganizowanych miejsc pracy | w jakim okresie-podać rok | liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy |
| STAŻE |  |  |  |
| DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY |  |  |  |
| DOTACJA |  |  |  |
| INNE |  |  |  |

1. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA:

(w przypadku wnioskowania o zatrudnienie kilku osób na różnych stanowiskach pracy , proszę o sporządzenie odrębnych wnioskow)

1. Ilość bezrobotnych wnioskowanych do zatrudnienia: ...........
2. Nazwa stanowiska pracy:……………………………………………………………………………………………………….
3. Zakres zadań zawodowych oraz proponowany system pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego:

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

**zmianowość**: jednozmianowa, dwuzmianowa, trzyzmianowa\*

**godziny pracy**: od ………...do ………., **sobota:** od …………. do………….

**praca w niedzielę i święta**: TAK / NIE\*

**praca w porze nocnej:** TAK / NIE\*

\* niepotrzebne skreślić

1. Wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinni spełniać skierowani bezrobotni (zawód, wykształcenie, dodatkowe umiejętności lub wymagania)

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

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

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

1. Miejsce wykonywania pracy: …………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego (ych) bezrobotnego (ych):

………………………………………………………………… zł brutto /m-c.

1. Wnioskowana kwota refundacji: ……………………………………**+ FUS**
2. Osoby bezrobotne zostaną zatrudnione w okresie: od ………...…………………………… w pełnym wymiarze czasu pracy
3. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia, tj. 9 m-cy gwarantujemy dalsze zatrudnienie osób bezrobotnych skierowanych przez PUP przez okres …………………………………………..m-cy

(minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 1 miesiąc).

1. Termin wypłat wynagrodzeń pracowniczych jest realizowany:

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

***Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

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

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

**( Główny Księgowy , inna osoba (podpis i pieczątka** osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu **)**

**prowadząca dokumentację finansową)**

**OŚWIADCZENIE NR 1**

**Oświadczam/y**, że nie zmniejszyłem(liśmy) wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem(liśmy) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanym przeze mnie (przez nas) bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz oświadczam, że nie zmniejszę(ymy) czasu pracy pracownika i nie rozwiążę(emy) stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanym przeze mnie (przez nas) bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy***.***

**Jednocześnie oświadczam/y, że :**

1. nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
2. nie zalegam(y) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych,
3. nie posiadam (y) w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
4. firma nie ma żadnych zaległych zobowiązań budżetowych,
5. skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony,
6. zapoznałem (liśmy) się z regulaminem organizowania i finansowania prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Kędzierzynie - Koźlu,
7. **jestem / nie jestem beneficjentem pomocy**, w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,[[2]](#footnote-2)
8. o wsparcie ubiegam się w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniuart. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (**TAK/ NIE**)
9. podmiot spełnia 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,
10. że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

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

**……………..……………………………………………..…….**

**(podpis i pieczątka** osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu**)**

…………………………………..…….

/pieczęć podmiotu/

**OŚWIADCZENIE nr 2**

**O POMOCY DE MINIMIS**

Na podstawie art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2023r. poz. 702)

oświadczam, że **nie otrzymałem (am) / otrzymałem (am)\***

w roku podatkowym w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających lat podatkowych pomocy *de minimis*w następującej wielkości:

**\* zaznaczyć właściwe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | Wartość pomocy  brutto | |
| w PLN | w EURO |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| itd. |  |  |  |  |
|  |  | Razem |  |  |

**W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika spółki.**

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

miejscowość, data **(podpis i pieczątka** osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu**)**

**Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i 2 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 ( dalej RODO)

informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kędzierzynie-Koźlu, przy ul. Anny 11, 47-200 Kędzierzyn-Koźle. Z Administratorem danych można się kontaktować poprzez adres e-mail: [opke@praca.gov.pl](mailto:opke@praca.gov.pl) , telefonicznie pod numerem: 77 482-70-41, lub pisemnie na adres podany wyżej.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych , z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez e-mail: iodo@pup-kkozle.pl, lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. c. i e. RODO, tj. obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i dotyczy realizacji wybranego przez Panią/Pana rodzaju wsparcia o którym mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475)
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty i instytucje, których dostęp do danych wynika z przepisu prawa. W niektórych sytuacjach Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom współpracującym z Administratorem danych na potrzeby wykonywania ustawowych zadań urzędu, w tym kancelarii prawnej, dostawcom usług IT, operatorom pocztowym.
5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, otrzymania kopii danych, prawo do ich usunięcia, przeniesienia danych, oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
6. Podanie danych jest konieczne w celu skorzystania z proponowanych form aktywacji zawodowej i realizacji wybranego rodzaju wsparcia.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Dane osobowe przechowywane będą przez czas niezbędny do udokumentowania udzielonej formy wsparcia, w oparciu o obowiązuje przepisy prawa.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel: 22 531 03 00, jeśli uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa.
10. Pana/Pani dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

…………………………………

data, podpis i pieczątka

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

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

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

(nazwa i adres Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE NR 3**

W związku z ubieganiem się o wsparcie finansowane ze środków Unii Europejskiej   
lub krajowych oświadczam, że **nie zachodzą przesłanki wykluczające otrzymanie wsparcia, o których mowa w art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. EU L 229 z 31.07.2014, str. 1 z późn. zm.)[[3]](#footnote-3) oraz nie znajduję się na liście osób i podmiotów wobec których stosowane są środki sankcyjne o których mowa w art. 2 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 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.).**

Jednocześnie oświadczam, że nie mam powiązań z osobami lub podmiotami, o których mowa w art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r względem których stosowane są środki sankcyjne.

Kędzierzyn-Koźle, dn. …………….. …………………………

Podpis Wnioskodawcy

*Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP*

*Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA oraz nie posiada z nimi powiązań.*

*Data weryfikacji …………………..*

*Podpis pracownika …………………….*

1. Do zatrudnionych nie zalicza się:

   osób wykonujących pracę nakładczą,

   uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,

   osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia,

   osób przebywających na urlopach wychowawczych oraz bezpłatnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną [↑](#footnote-ref-2)
3. Art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014: Zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 136 , na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną. [↑](#footnote-ref-3)