



Słupsk, dnia.....

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Fabryczna 1
76-200 Słupsk**

W N I O S E K O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH

Na zasadach określonych Ustawą z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia 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, wnioskuję o zorganizowanie w moim zakładzie prac interwencyjnych i skierowanie bezrobotnych o podanych we wniosku kwalifikacjach do ich wykonywania oraz refundację kosztów wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenia społeczne od ustalonej kwoty refundacji.

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa pracodawcy.....
2. Adres siedziby.....
3. Adres miejsca prowadzenia działalności.....
4. NIP.....
5. REGON.....,PKD (przeważające).....
6. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności
7. Data rozpoczęcia działalności
8. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom
9. Wysokość **stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe**%
10. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym:
 - Karta podatkowa*,
 - Księga przychodów i rozchodów*,
 - Pełna księgowość*,
 - Ryczałt*

**właściwe podkreślić*

11. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc:

- Mikro Mały Średni Inny

właściwe zakreślić X

12. OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY

(IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO/FUNKCJA, NR TELEFONU, EMAIL)

13. OSOBA/Y UPOWAŻNIONA/E DO PODPISANIA UMOWY:

(IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO/FUNKCJA)

14. NR RACHUNKU BANKOWEGO

B. DANE DOTYCZĄCE PRAC INTERWENCYJNYCH

1. Obecnie zatrudnionych jestpracowników na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy i na bieżąco odprowadzane są składki ZUS od wynagrodzenia zatrudnionych osób.

(należy podać stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku)

2. Stan zatrudnienia w firmie za okres ostatnich 6 miesięcy

Lp.	MIESIĄC	ROK	OGÓLNY STAN ZATRUDNIENIA (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę:

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

3 . Dotychczas korzystałem/am ze środków Funduszu Pracy – (TAK/NIE)¹ w formie:

.....
.....

4. Zgłaszam zapotrzebowanie na zatrudnienie.....(liczba osób) bezrobotnego/ych w ramach prac interwencyjnych.

5. Osoba/y bezrobotna/e zostanie/ą zatrudniona/e w okresie:

od.....do.....w tym:

- w ramach prac interwencyjnych na okresmiesiące;
od dnia:do dnia.....
- ustawowy obowiązek zatrudnienia.....miesiące/miesiące**;
od dnia:do dnia.....

6. Po upływie okresu refundacji oraz okresu zobowiązaniowego *przewidujemy/ nie przewidujemy*¹ dalsze zatrudnienie(a).....osoby/ób bezrobotnych skierowanych przez PUP na okresmiesiące.

7. Rodzaj prac (nazwa stanowiska), które mają być wykonywane przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

a).....osób.....wykształcenie.....kod zawodu.....

b).....osób.....wykształcenie.....kod zawodu.....

c).....osób.....wykształcenie.....kod zawodu.....

8. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi:

.....

9. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych przez skierowanych bezrobotnego/ych:

.....

¹ Właściwie podkreślić

10. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (brutto) dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych:

.....zł/m-c .

11. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanego/ych bezrobotnego/ych oraz składek na ubezpieczenia społeczne:

.....zł/m-c .

Wiarygodność podanych we wniosku danych stwierdzam własnoręcznym podpisem i oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z treścią art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który brzmi: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
/miejsowość, data /

.....
/pieczętka i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej/

** - przez okres 3 miesięcy, po okresie refundacji prac interwencyjnych do 6 miesięcy;
- przez okres 6 miesięcy, po okresie refundacji prac interwencyjnych do 12 miesięcy (co drugi miesiąc);
- przez okres 6 miesięcy, po okresie refundacji prac interwencyjnych do 24 miesięcy (dla bezrobotnych powyżej 50 roku życia);

Klauzula informacyjna dla przedsiębiorcy/pracodawcy będącego osobą fizyczną

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest:
Powiatowy Urząd Pracy, ul. Leszczyńskiego 8, 76-200 Słupsk
tel. 59 845 67 81, e-mail sekretariat@pupslupsk.pl
który reprezentuje Dyrektor Urzędu.
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Słupsku wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych (IOD), z którym Państwo kontaktować się w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych.
Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować telefonicznie: 59 846 09 15, poprzez e-mail: iod@pup.slupsk.pl lub listownie na adres: Powiatowy Urząd Pracy, ul. Leszczyńskiego 8, 76-200 Słupsk.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji form pomocy wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tejże ustawy oraz w celu archiwizowania danych zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO. Ponadto dane mogą być przetwarzane na podstawie wyrażonej dobrowolnie zgody do przetwarzania danych w sytuacji, gdy podanie danych nie jest obowiązkiem prawnym, ale np. ułatwia komunikację z administratorem w celu załatwienia sprawy (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być: podmioty, z którymi PUP w Słupsku zawarł umowę powierzenia danych (w szczególności: firmy obsługujące systemy informatyczne) oraz jednostki szkoleniowe, w przypadku podpisania trójstronnej umowy szkoleniowej. Państwa dane mogą zostać również udostępnione innym podmiotom uprawnionym do pozyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym okresem przechowywania dokumentacji określonym w Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt wprowadzonym *Zarządzeniem nr 53/2017 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Słupsku z dnia 27.12.2017 r. sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresie działania składnicy akt.*
6. Przysługuje Państwu prawo do: dostępu do swoich danych i ich sprostowania, usunięcia swoich danych (jeżeli podstawą ich przetwarzania nie jest obowiązek prawny), ograniczenia ich przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz do ich przenoszenia, w przypadkach określonych w RODO. W przypadku, w którym przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Państwu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, warunkiem zawarcia umowy oraz dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanego wyżej celu.
9. W ramach przetwarzania danych nie będą stosowane metody polegające na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami:

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Załączniki:

Uwaga! Wszystkie kserokopie powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.

1. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (w przypadku osób fizycznych i wspólników spółki cywilnej) lub kserokopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego - w przypadku pozostałych podmiotów gospodarczych.
2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.
4. Dokument informujący o nie zaleganiu w opłatach ZUS i Deklaracja ZUS DRA.
5. Dokument informujący o nie zaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych w Urzędzie Skarbowym.
6. Kserokopia dokumentu o nadaniu numeru REGON.
7. NIP
8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* - wzór formularza znajduje się na stronie www.uokik.gov.pl, oraz na stronie slupsk.praca.gov.pl
9. W przypadku wnioskodawcy innego niż przedsiębiorca - statut lub inny dokument określający zasady funkcjonowania wnioskodawcy.
10. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

UWAGA!

W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

- rozporządzenie 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* lub
- 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 lub
- rozporządzenie komisji (WE) 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.

POUCZENIE:

Wnioski wypełnione nieczytelnie lub nie zawierające pełnych, wymaganych informacji bądź kompletu załączników, nie będą rozpatrywane. Każda poprawka winna być skreślona i zaparafowana z podaniem daty dokonania zmiany. Wniosek jest drukiem wewnętrznym i nie należy go modyfikować.

OŚWIADCZENIE

1. Pracodawca **zalega / nie zalega*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał / nie uzyskał** * pomoc publiczną, która **kumuluje się / nie kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. Pracodawca **otrzymał/ nie otrzymał*** pomocy de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie/w rybołówstwie* w wysokości w ciągu minionych trzech lat przez „jedno przedsiębiorstwo”;
4. Pracodawca **spełnia/nie spełnia** * warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
5. Pracodawca **spełnia/nie spełnia** * warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym;
6. Pracodawca **spełnia/nie spełnia** * warunki rozporządzenia Komisji (WE) 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;
7. W przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej z Powiatowym Urzędem Pracy, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanej refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, na konto Powiatowego Urzędu Pracy.
8. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z nowozatrudnionym w ramach prac interwencyjnych zobowiązuję się poinformować Powiatowy Urząd Pracy niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni.
9. Wyrażam zgodę na kontrolę PUP celem ustalenia, czy realizacja projektu przebiega prawidłowo.
10. Pracodawca **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Słupsku otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
11. Jako pracodawca **zobowiązuję się utrzymać¹ w zatrudnieniu** skierowanego/yh bezrobotnego/yh:
 - a/ przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne,
 - b/ przez okres 6 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art.233 § 1 k.k. **”Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”**oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i oświadczeniu są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem:

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej)

Właściwe zakreślić

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do wniosku o organizowanie prac interwencyjnych

OŚWIADCZENIE PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC DE MINIMIS.

Niniejsze oświadczenia składam po pouczeniu i zapoznaniu z treścią art. 233 § 1 k.k., która brzmi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Oświadczam, że:

1) Spełniam warunki określone w 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.

2) W okresie 3 lat **uzyskałem/ nie uzyskałem²** pomoc de minimis (w przypadku uzyskania pomocy należy wypełnić poniższą tabelę, wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy publicznej i pomocy de minimis). W tabeli należy podać pomoc de minimis uzyskaną w ciągu minionych trzech lat przez „jedno przedsiębiorstwo” w rozumieniu Art. 2, ust. 2 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 minimis³.

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielenia pomocy (dzień -miesiąc-rok)	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto	
						w PLN	w EUR
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
					Łączna wartość de minimis		

.....
miejsce i data

.....
Podpis i pieczęć pracodawcy/osoby upoważnionej

² niepotrzebne skreślić

³ **Jedno przedsiębiorstwo** – oznacza wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

- jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników;
- jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczać lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;
- jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;
- jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa powyżej, poprzez co najmniej jedną inną jednostkę gospodarczą również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.