…………………………………… ………………………………………

pieczęć firmowa Wnioskodawcy data i miejscowość

Powiatowy Urząd Pracy w Chodzieży

ul. Składowa 3, 64-800 Chodzież

**W N I O S E K**

**O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

zgodnie z art. 135 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
(t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 620)

|  |
| --- |
| **A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** |
| nazwa |   |
| adres siedziby |   |
|
| adres miejsca prowadzenia działalności |   |
| nr telefonu |   |
| adres e-mail |   |
| nr NIP |   |
| nr REGON |   |
| nazwa banku i nr rachunku bankowego |   |
|
| forma organizacyjno – prawna*(właściwe zaznaczyć)* | * spółka (rodzaj)..................................................................................
* osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
* stowarzyszenie
* fundacja
* inne (podać jaka):..............................................................................
 |
| data rozpoczęcia działalności |   |
| przeważające PKD |   |
| wysokość składki wypadkowej (w %) |   |
| imię i nazwisko, stanowisko osoby/osób upoważnionej/ych do podpisania umowy |
|   |
| imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem |
|   |
| stan zatrudnienia (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy) |   |
|
| termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom |   |
| **B. DANE DOTYCZĄCE PRAC INTERWENCYJNYCH** |
| liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia |   |
| nazwa stanowiska |   |
| kod zawodu wg KZiS |  |
| zakres obowiązków (rodzaj prac) |   |
| niezbędne lub pożądane wykształcenie, kwalifikacje, umiejętności, uprawnienia |   |
|
|
| wymagany staż pracy |  |
| proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto |   |
| wnioskowana wysokość refundacji |   |
| miejsce wykonywania pracy |   |
| proponowany okres refundacji od… do… |   |
| proponowany okres zatrudnienia od… do… (co najmniej okres refundacji i połowa okresu przysługiwania refundacji) |   |
| dni tygodnia i godziny pracy |   |
| zmianowość |  |

…………………………………… ………………………………………..
 data i miejscowość pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy

W załączeniu:

1. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (wypełnia beneficjent pomocy de minimis\*) – jeżeli dotyczy.
3. Kserokopia umowy spółki cywilnej – jeżeli dotyczy.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy – jeżeli dotyczy.

**POUCZENIE:**

**Wnioskodawca zostanie poinformowany o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 30 dni od dnia jego złożenia w PUP. W przypadku złożenia wniosku niekompletnego zostanie wyznaczony 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wniosek nieuzupełniony zostanie pozostawiony bez rozpatrzenia.**

\***Beneficjentem pomocy de minimis** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r. poz. 468) jest **podmiot prowadzący działalność gospodarczą**, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, **bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania**. Zgodnie z przepisami Unii Europejskiej **działalnością gospodarczą** jest wszelka działalność polegająca na **odpłatnym oferowaniu towarów i usług** na danym rynku niezależnie od statusu prawnego firmy czy źródeł jej finansowania oraz bez względu na fakt, czy dany podmiot nastawiony jest na zysk czy działający na zasadzie non profit (nienastawiony na zysk). Przepisy prawa UE mają zastosowanie również do podmiotów sektora publicznego prowadzących działalność gospodarczą.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Oświadczam, że zatrudnienie osób bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych nie spowoduje rozwiązania umów
o pracę z dotychczas zatrudnionymi pracownikami.
3. **Zalegam/ nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych,
z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych danin publicznych.
4. **Zalegam/ nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne – jeżeli dotyczy.
5. W okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskałem/ nie uzyskałem**\* pomoc publiczną, która **kumuluje się** /**nie kumuluje się**\*z wnioskowaną pomocą.
6. **Otrzymałem/ nie otrzymałem**\*pomocy de minimis w wysokości ………………..€ w ciągu minionych trzech lat.
7. **Otrzymałem/ nie otrzymałem**\*pomocy de minimis w rolnictwie w wysokości ………………..€ w ciągu minionych trzech lat
8. **Otrzymałem/ nie otrzymałem**\*pomocy de minimis w rybołówstwie w wysokości ………………..€
w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych
9. **Spełniam/ nie spełniam***\** warunki 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).
10. **Spełniam/ nie spełniam***\** warunki 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 (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014 ze zm.).
11. **Spełniam/ nie spełniam***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2024/3118 z dnia 10 grudnia 2024 r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis
w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 2024/3118 z 13.12.2024).
12. Zobowiązuję 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 otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
13. **Jestem/ nie jestem**\* objęty sankcjami, o których mowa w ustawie z 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.
14. **Jestem/ nie jestem**\* powiązany z podmiotem objętym sankcjami, o których mowa w ustawie z 13 kwietnia 2022r.
o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.**

**Prawdziwość informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

…….………………………… ..........…………………………...

 data i miejscowość pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy

**Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**\* na kontakt telefoniczny, na powiadomienia SMS na wskazany we wniosku
nr telefonu oraz na kontakt i otrzymywanie powiadomień e-mail na adres wskazany we wniosku.

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

data i miejscowość pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy **\*Niepotrzebne skreślić**

**OŚWIADCZENIE**\*

W okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany/a za przestępstwo składania fałszywych zeznań
lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu
i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz.383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.**

**Prawdziwość informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem**

…….………………………… ..........…………………………...

 data i miejscowość pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy

**\*osobne oświadczenia składają wszystkie osoby reprezentujące podmiot ubiegający się o organizowanie prac interwencyjnych lub osoby nim zarządzające**

**Informacja dotycząca organizacji prac interwencyjnych**

**Prace interwencyjne** oznaczają zatrudnienie bezrobotnego przez pracodawcę, które nastąpiło w wyniku umowy zawartej ze starostą i ma na celu wsparcie bezrobotnych.

1. Starosta na podstawie zawartej umowy zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy na okres od 3 do 12 miesięcy skierowanych bezrobotnych, część kosztów poniesionych
na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdego bezrobotnego, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca.

2. Bezrobotny może być skierowany do prac interwencyjnych do przedsiębiorcy niezatrudniającego pracownika
na zasadach przewidzianych dla pracodawców.

3. Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, bierze pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.

4. Pracodawca stosownie do zawartej umowy, zatrudnia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.

5. Niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w ust. 4, lub naruszenie innych istotnych warunków umowy wiąże się
ze zwrotem 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.

6. 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, o którym mowa w ust. 4, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy odpowiedniego bezrobotnego.

7. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji,
w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez PUP na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu.

8.Umowa o pracę ze skierowanym bezrobotnym musi zostać zawarta w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej
na czas określony w umowie w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych.

9. Zgodnie z art. 69 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w pracach interwencyjnych przysługuje:

- bezrobotnym posiadającym Kartę Dużej Rodziny;

- bezrobotnym powyżej 50. roku życia;

- bezrobotnym bez kwalifikacji zawodowych;

- bezrobotnym niepełnosprawnym;

- długotrwale bezrobotnym;

- bezrobotnym i poszukującym pracy, będącym osobami do 30. roku życia;

- bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.

10. Bezrobotny, który był zatrudniony w ramach prac interwencyjnych lub robót publicznych u danego pracodawcy
nie może być skierowany ponownie w ramach tych form do tego samego pracodawcy przez okres 90 dni.

11. Refundacja kosztów wynagrodzeń, nagród i składek na ubezpieczenia społeczne jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.

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

 pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

**w Powiatowym Urzędzie Pracy w Chodzieży**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO)
w związku ze złożeniem wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych, informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

1. Administrator Danych Osobowych: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy
w Chodzieży, ul. Składowa 3, 64-800 Chodzież.
2. Inspektor Ochrony Danych: W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi można się kontaktować
z Inspektorem Ochrony Danych: Krzysztof Ślósarski kontakt: iodo@pupchodziez.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. Cele i Podstawy Prawne Przetwarzania Danych Osobowych: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane
w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:
	* Rozpatrzenie wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych (dotyczy Pracodawcy) – art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z Ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. 2025 poz. 620);
	* Kwalifikacja i skierowanie na prace interwencyjne (dotyczy Kandydatów do Pracy / osób bezrobotnych) – art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą o rynku pracy;
	* Zawarcie i realizacja umowy o zorganizowanie i finansowanie prac interwencyjnych (dotyczy Pracodawcy oraz pośrednio Kandydatów do Pracy) – art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
	* Monitorowanie i rozliczenie finansowania wynagrodzeń i składek (dotyczy Pracodawcy i Kandydatów
	do Pracy) – art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą o rynku pracy;
	* Wypełnienie obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności w zakresie sprawozdawczości, kontroli i archiwizacji – art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Odbiorcy Danych Osobowych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym
do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa (np. organy kontroli, sądy, Ministerstwo Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej). W przypadku Kandydatów do Pracy, dane mogą być przekazywane Pracodawcy w celu realizacji prac interwencyjnych. Dane mogą być również ujawniane podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora (np. obsługa prawna, informatyczna, księgowa) – na podstawie umów powierzenia przetwarzania.
5. Przekazywanie Danych Osobowych Poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG): Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (tj. poza EOG) ani do organizacji międzynarodowych.
6. Okres Przechowywania Danych Osobowych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania (tj. rozpatrzenia wniosku, wykonania i rozliczenia umowy), a po jej zakończeniu przez okresy wynikające z przepisów prawa (np. okresy przedawnienia roszczeń, okresy archiwizacji dokumentacji zgodnie z odrębnymi przepisami), nie dłużej niż jest to konieczne.
7. Pani/Pana Prawa: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych (o ile ma zastosowanie),
a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – na zasadach określonych w RODO.
8. Prawo do Wniesienia Skargi do Organu Nadzorczego: Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Obowiązek podania danych: Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem rozpatrzenia wniosku/skierowania oraz zawarcia i realizacji umowy. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości udziału w programie.
10. Zautomatyzowane Podejmowanie Decyzji i Profilowanie: W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym dane nie będą profilowane.

Przyjmuję do wiadomości :

 ..……….…………………………………………………………..

 (data i podpis osoby składającej oświadczenie)

**\*osobne klauzule podpisuje wnioskodawca oraz osoba bezrobotna wskazana do zatrudnienia**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko, miejsce zamieszkania bezrobotnego, dla którego pracodawca zamierza zorganizować prace interwencyjne:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………W przypadku braku możliwości skierowania ww. osoby **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*** na kierowanie osób spełniających zawarte we wniosku wymagania do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych. |

…….………………………… ..........…………………………...

data i miejscowość pieczęć i czytelny podpis Wnioskodawcy

**\* Niepotrzebne skreślić**