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

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy w Choszcznie**

**ul. Drawieńska 15**

**73-200 Choszczno**

**WNIOSEK**

**O ZORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620)

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

1. Nazwa Pracodawcy: ................................................................................................................................................
2. Adres siedziby: ...................................................................................................................
3. Adres miejsca prowadzenia działalności: ..............................................................................
4. Telefon ……………………………..
5. NIP………………………. REGON ………………… PKD 2025………………….
6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ………………………………………………..
7. Nazwa banku: ................................................................................................................... Numer rachunku bankowego: ............................................................................................
8. Forma organizacyjno-prawna ……………………………………………………………….
9. Forma własności ....................................................................................................................
10. Wielkość przedsiębiorstwa ................................................................................................................................................  ( mikroprzedsiębiorstwo, przedsiębiorstwo : małe, średnie, duże)
11. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ..........
12. Kontakt z Pracodawcą: ........................................................................................................

(Imię i nazwisko, stanowisko/funkcja, nr telefonu)

1. Osoby/osoba upoważnione do podpisania umowy:
2. .......................................................................................................
3. .......................................................................................................  
    (Imię i nazwisko, stanowisko/funkcja)

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STANOWISKA PRACY W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**

* 1. Miejsce pracy skierowanych osób bezrobotnych:

……………………………………………………………………………………………….

* 1. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych .......................
  2. Stanowiska oraz rodzaj pracy, która ma być wykonywana przez skierowane osoby bezrobotne, a także proponowane wynagrodzenie brutto:
     1. ....................................................................................... ................. ..........................
     2. ....................................................................................... ................. ..........................
     3. ....................................................................................... ................. ..........................

(nazwa stanowiska pracy, rodzaj wykonywanych prac) (ilość osób) (wynagrodzenie brutto)

* 1. Kwalifikacje oraz inne wymogi, które winny spełniać kierowane osoby bezrobotne   
     (wykształcenie, zawód, uprawnienia, umiejętności):

1. ........................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................
   1. Godziny pracy: ...................................................................................................................
   2. Wnioskowana wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:

…………………………………………………..

* 1. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez skierowanego bezrobotnego ……………………………………………
  2. Wnioskowany okres zawarcia umowy w ramach prac interwencyjnych …………………

(Pracodawca stosownie do zawartej umowy, zatrudnia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji oraz przez połowę przysługiwania refundacji tj. od 3 do 12 miesięcy)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą wpisaną do CEIDG oraz osób fizycznych będących przedstawicielami innych podmiotów wykonujących działalność gospodarczą.

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r str. 1, ze. zm.), dalej RODO, informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Powiatowy Urząd Pracy w Choszcznie

ul. Drawieńska 15, 73-200 Choszczno

tel.: 95 765 70 91, e-mail: szch@praca.gov.pl

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: [IOD@pupchoszczno.pl](mailto:IOD@pupchoszczno.pl)
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b oraz w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c w związku z realizacją zadań ustawowych – ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są: podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz inne podmioty w celu realizacji określonych w umowie usług (szkoleniowych, informatycznych, prawnych, doradczych i audytowych), banki, operatorzy pocztowi.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy, chyba że przepisy szczególne stanowią okres krótszy.
6. Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych w zakresie unormowanym w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu).
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym, gdyż przesłankę przetwarzania danych stanowi przepis prawa (ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia ) lub zawarta umowa. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało nie zrealizowaniem celu, dla którego miały być przetwarzane.

……………………. ………………………………………….

(miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

**Do wniosku należy załączyć :**1) Kserokopię aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy.  
2) Deklaracje rozliczeniową **ZUS DRA,** za ostatni miesiąc przed złożeniem wniosku.  
3) Oświadczenie Pracodawcy (Załącznik nr 1).  
4) Oświadczenie Pracodawcy o otrzymanej pomocy de minimis .  
5) Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**INFORMACJA**

1. Beneficjentem pomocy publicznej jest pracodawca spełniający warunki ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej   
   (Dz. U. z 2023r. , poz. 702)
2. Po przeanalizowaniu niniejszego wniosku Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Choszcznie w ciągu 30 dni podejmie decyzję na temat organizacji prac interwencyjnych.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zawierana jest umowa określająca wzajemne warunki współpracy.

1. Kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” i opatrzone pieczęcią oraz podpisem osoby potwierdzającej.

**Informacje na temat prac interwencyjnych w Powiatowym Urzędzie Pracy**

**w Choszcznie udzielane są w pok. 105 lub pod numerem tel. 95 765 7091w 35**

Załącznik nr 1 do wniosku o zorganizowanie

prac interwencyjnych

…………………………………… ………..……………………..

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIA**

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Reprezentant podmiotu ubiegający się o organizację prac interwencyjnych lub osoba nim zarządzająca w okresie ostatnich 2 lat nie była prawomocnie skazane 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 2024 r. poz. 17, 1228, 1907 i 1965), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.14)) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego; który na dzień złożenia wniosku nie zalega z: a) wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek.
3. Nie zalegam z:

a) wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, b) opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne, c) opłacaniem innych danin publicznych.

Prace interwencyjne stanowią pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności **pomocy de minimis**.

**Jestem / nie jestem \*** beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tj. (Dz. U. z 2023r. , poz. 702)

JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WYNIKAJĄCEJ Z ART. 233 §1 KODEKSU KARNEGO ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA

……………………………………. ……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis Reprezentanta lub Zarządzającego)

\* właściwe zaznaczyć

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY, KTÓRY OTRZYMAŁ POMOC PUBLICZNĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imiona i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy |  |
| 1. Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wnioskodawcy |  |
| 1. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) wnioskodawcy |  |

1. **OŚWIADCZAM, ŻE** (właściwe zaznaczyć krzyżykiem)

□ w okresie trzech lat poprzedzających złożenie wniosku **NIE OTRZYMAŁAM/-EM/-IŚMY**

**pomocy publicznej de minimis**

□ w okresie trzech lat poprzedzających złożenie wniosku **OTRZYMAŁAM/-EM/-IŚMY pomoc publiczną**

**de minimis** w łącznej wysokości … …………………………………...…………….. euro,

- w przypadku otrzymania pomocy wnioskodawca musi wypełnić część C oświadczenia.

1. **POMOC DE MINIMIS OTRZYMANA W CIĄGU TRZECH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu udzielającego pomocy** | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń, o której mowa w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Zgodnie z art.37 ust.7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023r., poz. 702 z późn. zm.) do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc (wnioskodawcę) zaświadczeń, oświadczeń lub informacji, o których mowa w ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, pomoc nie może być udzielona temu wnioskodawcy.

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

(miejscowość, dnia) (pieczątka imienna wraz z podpisem lub czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

**OSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

Stwierdzam, że oferta pracy nie jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju (data i podpis pracodawcy)

….………………………………………………………………

**- zgoda na publiczne udostępnienie danych umożliwiających identyfikację pracodawcy TAK NIE**

**Numer oferty pracy ………………………………………..…………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy** | | | | | | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy | | | | | 2. Adres pracodawcy  kod pocztowy:....................................................................................  ulica...................................................................................................  miejscowość.......................................................................................  gmina.................................................................................................  nr telefonu ………………………………………………………….  Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | | | |
| 3. Preferowana forma kontaktu …………………………………………………...  - fax  - e-mail  - www | | | | |
| 4. Imię i nazwisko pracodawcy lub pracownika wskazanego przez pracodawcę do kontaktów | | | | |
| Forma kontaktu kandydatów z pracodawcą:   1. Kontakt osobisty 2. Kontakt telefoniczny 3. Inny (np.: CV+ List motywacyjny przesłać pocztą ) | | | |
| 5. Liczba aktualnie zatrudnionych | | | 7. Forma prawna prowadzonej działalności   1. osoba prawna 2. wpis do ewidencji działalności gospodarczej   8. Agencja zatrudnienia zgłaszająca ofertę pracy tymczasowej\*  TAK NIE  Jeśli TAK – numer wpisu do rejestru agencji ………………………. | |
| 6. Numer statystyczny  pracodawcy (REGON) | | |
| 9. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD | | | |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszenia oferty pracy** | | | | | | | | |
| 10. Nazwa zawodu | 12. Nazwa stanowiska  12a Ogólny zakres obowiązków | | | 13. Liczba wolnych miejsc  pracy:  w tym dla osób niepełnosprawnych | | | | |
| 11. Kod zawodu | 14. Wnioskowana liczba kandydatów | | | | |
| 15. Miejsce wykonywania pracy  15a Wymiar czasu pracy | 16. Dodatkowe informacje (możliwość zakwaterowania) | | | 17. Rodzaj umowy  1) umowa na czas nieokreślony  2) umowa na czas określony  3) umowa na czas próbny  4) umowa o dzieło   |  | | --- | |  |   5) umowa zlecenie  6) inne …………………………. | | 18. System i rozkład czasu pracy   1. jednozmianowość 2. dwie zmiany 3. trzy zmiany 4. ruch ciągły 5. inne | | |
| 19. Wysokość wynagrodzenia brutto | 20. System wynagradzania   1. akordowy 2. prowizyjny 3. czasowy   4) ryczałtowy  5) inny …………………………. | | | 21. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy:  poziom wykształcenia ................................................................................  umiejętności ...............................................................................................  uprawnienia ................................................................................................  doświadczenie zawodowe ..........................................................................  znajomość języków obcych (poziom)…………………......................................................................... | | | | |
| 22. Data rozpoczęcia pracy | 23.Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy | | |
| 24. Okres zatrudnienia w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę |
| 25. Okres aktualności oferty pracy |
| 26. Pomoc doradcy zawodowego lub specjalisty ds. rozwoju zawodowego w doborze, w zmianie wymagań dotyczących kwalifikacji lub przeszkoleniem kandydatów do pracy:  TAK NIE | | 27.Zasięg upowszechniania oferty pracy  1) terytorium Polski  2)terytorium państw EOG\*\* | | 29.Czy pracodawca wyraża zgodę na upowszechnienie informacji umożliwiających jego identyfikację?  TAK  NIE | | | 30. Przekazanie oferty pracy do wskazanych PUP w celu upowszechniania w ich siedzibie …………………………………………………………………………………… | |
| 28. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę | |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** | | | | | | | | |
| 321 Numer pracodawcy: | 32. Data przyjęcia zgłoszenia | | | | 33. Numer zgłoszenia | | | 34. Sposób przyjęcia oferty  1) pisemnie  2) osobiście |
| 35. Data anulowania zgłoszenia | 36. Numer pracownika PUP | | | | 37. Inne informacje | | |

***\*niepotrzebne skreślić, \*\*należy wypełnić załącznik do oferty pracy***

Czy pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy– art. 83 ust. 12 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia)

TAK NIE