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

 (pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy w Choszcznie**

 **ul. Drawieńska 15**

 **73-200 Choszczno**

**WNIOSEK**

**O ZORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

 **na okres zatrudnienia : do 6 miesięcy, do 12 miesięcy, do 24 miesięcy**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214) oraz rozporządzenia 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 ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864).

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

1. Nazwa Wnioskodawcy: ................................................................................................................................................
2. Adres siedziby: ...................................................................................................................
3. Adres miejsca prowadzenia działalności: ..............................................................................
4. Telefon ……………………………..
5. NIP………………………. REGON ………………… PKD 2007………………….
6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ………………………………………………..
7. Nazwa banku: ...................................................................................................................

 Numer rachunku bankowego: ............................................................................................

1. Forma organizacyjno - prawna ……………………………………………………………..
2. Forma własności ...................................................................................................................
3. Wielkość przedsiębiorstwa ......................................................................................................................................................  ( mikroprzedsiębiorstwo, przedsiębiorstwo : małe, średnie, duże)
4. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ..........
5. 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: .......................
	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. Wymiar czasu pracy:...............................................................................................................
	2. Godziny pracy: ...................................................................................................................
	3. Wnioskowana wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych:

…………………………………………………..

* 1. Proponowany termin rozpoczęcia pracy przez skierowanego bezrobotnego ……………………………………………
	2. Wnioskowany okres refundacji ( zaznaczyć odpowiednie):

**a) 6 miesięcy**

* **pełny etat** obowiązek otrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji

**b) 9 miesięcy**

* **pełny etat** obowiązek otrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji

 **c) 12 miesięcy:**

* **pełny etat**  obowiązek otrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**Klauzula informacyjna 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 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

Powiatowy Urząd Pracy w Choszcznie

ul. Drawieńska 15

73-200 Choszczno reprezentowany przez Dyrektora PUP.

1. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: 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 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt. 3, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt lub w wytycznych projektów realizowanych z EFS.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz , z którymi zawarto umowę powierzenia danych osobowych.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe gdyż przesłankę przetwarzania danych stanowi przepis prawa (ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) lub zawarta umowa.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzanie w sposób zautomatyzowany w tym w formie profilowania.

 ……………………. ………………………………………….

 (miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

**Do wniosku należy załączyć :**

1) Kserokopię aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy.

3) Deklaracje rozliczeniową **ZUS DRA,** za ostatni miesiąc przed złożeniem wniosku.

5) Oświadczenie Pracodawcy (Załącznik nr 1).

6) Oświadczenie Pracodawcy o otrzymanej pomocy de minimis .

7) 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)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

W dniu złożenia wniosku nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz 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)

……………………………………. ……………………………………….

(miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

\* 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)

**ZGŁOSZENIE 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 pracodawcykod 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 NIEJeśli 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 stanowiska12a Ogólny zakres obowiązków  | 13. Liczba wolnych miejscpracy: 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 umowy1) umowa na czas nieokreślony2) umowa na czas określony3) umowa na czas próbny4) umowa o dzieło

|  |
| --- |
|  |

5) umowa zlecenie 6) inne …………………………. | 18. System i rozkład czasu pracy1. jednozmianowość
2. dwie zmiany
3. trzy zmiany
4. ruch ciągły
5. inne
 |
| 19. Wysokość wynagrodzenia brutto  | 20. System wynagradzania1. akordowy
2. prowizyjny
3. czasowy

4) ryczałtowy5) 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.Pracodawca zainteresowany zatrudnieniem kandydatów krajów EOGTAK \*\* NIE |
| 25. Okres zatrudnienia w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę |
| 26. Okres aktualności oferty pracy |
| 27. Pomoc doradcy zawodowego lub specjalisty ds. rozwoju zawodowego w doborze, w zmianie wymagań dotyczących kwalifikacji lub przeszkoleniem kandydatów do pracy: TAK NIE | 28.Zasięg upowszechniania oferty pracy1) terytorium Polski2)terytorium państw EOG\*\* | 30.Czy pracodawca wyraża zgodę na upowszechnienie informacji umożliwiających jego identyfikację?TAK  NIE  | 31. Przekazanie oferty pracy do wskazanych PUP w celu upowszechniania w ich siedzibie …………………………………………………………………………………… |
| 29. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** |
| 32. Numer pracodawcy: | 33. Data przyjęcia zgłoszenia | 34. Numer zgłoszenia | 35. Sposób przyjęcia oferty1) pisemnie2) osobiście  |
| 36. Data anulowania zgłoszenia | 37. Numer pracownika PUP | 38. Inne informacje |

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

Czy pracodawca, za naruszenie praw pracowniczych został skazany prawomocnym wyrokiem lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie (dotyczy okresu 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty – art. 36 ust. 5e pkt. 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)

TAK NIE