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

(pieczęć nagłówkowa pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Gryficach**

**W N I O S E K**

**o organizację prac interwencyjnych**

na zasadach określonych w art. 135 i 138 ustawy z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

|  |  |
| --- | --- |
| I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY: | |
| Pełna nazwa pracodawcy, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:  ....................................................................................................................................................  ...................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................... | |
| Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:  ..................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................... | |
| NIP: | REGON: |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: | |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego pracodawcy:  .....................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................... | |
| Osoba wskazana do kontaktów z urzędem (imię i nazwisko, numer telefonu, adres e-mail):………………………………………………………………………………………..  ....................................................................................................................................................  Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy:  ..................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………….. | |
| II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA: | |
| Wnioskuję o zorganizowanie prac interwencyjnych na zasadach określonych w **art. 135 ust. 1** ustawy z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia– **okres refundacji od 3 do 12 miesięcy,** przy zatrudnieniu w **pełnym wymiarze czasu pracy** i zobowiązuję się do utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego, przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji. | |
| Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: .......  oraz okres zatrudnienia: od dnia .................................................do dnia................................... | |
| Miejsce wykonywania prac skierowanych bezrobotnych:  ..................................................................................................................................................... | |
| Rodzaj prac wykonywanych przez skierowanych bezrobotnych:  .................................................................................................................................................... | |
| Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności):  …………………………………………………………………………………………………  Nazwa stanowiska, na którym będą zatrudnieni skierowani bezrobotni:  ..................................................................................................................................................... | |
| Kwalifikacje osób bezrobotnych:   1. niezbędne:........................................................................................................................ 2. pożądane: ........................................................................................................................   inne wymogi:.........................................................................................................................  Poziom wykształcenia (właściwe zakreślić):   1. brak 2. podstawowe 3. gimnazjalne 4. zasadnicze zawodowe ……………………………….. 5. średnie ogólnokształcące 6. średnie zawodowe …………………………………... 7. wyższe ………………………………………………. | |
| System wynagradzania (np. czasowy ze stawką miesięczną, godzinową):  ..................................................................................................................................................... | |
| Wysokość wynagrodzenia miesięcznie (brutto): ...................................... | |
| System i rozkład czasu pracy:   * jedna zmiana od godz. …….. do godz. ….. * dwie zmiany od godz. …….. do godz. …..; od godz. …….. do godz. …..; * trzy zmiany od godz. …….. do godz. …..; od godz. …….. do godz. …..;   od godz. …….. do godz. …..   * ruch ciągły * inna………...................................................................................................................... | |
| Termin dokonywania wypłaty pracownikom:  a) do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc bieżący □  b) do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni □  c) inny……………………….. | |

**W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej zastosowanie mają również:**

- Ustawa z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

- Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 2023/2831 z 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis

- Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym

- Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z 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

Data ............................................ ................................................................

(podpis i pieczęć pracodawcy,   
 osoby upoważnionej do reprezentacji,

lub osoby zarządzającej)

**W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony, niekompletny lub nieuzupełniony w wyznaczonym terminie, pozostawia się go bez rozpatrzenia.**

Załączniki:

1. Oświadczenie pracodawcy (załącznik nr 1 do wniosku)
2. Podstawa prawna prowadzonej działalności.
3. Oświadczenie o wspólności majątkowej małżeńskiej (załącznik nr 2 do wniosku)
4. Oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu pomocy de minimis (załącznik nr 3   
   do wniosku)
5. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (druk   
   w załączeniu)
6. Klauzula informacyjna RODO (załącznik nr 4 do wniosku)

***UWAGA: Zgodnie z art. 139 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych i robót publicznych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac lub robót u danego pracodawcy.***

załącznik nr 1

**O Ś W I A D C Z E N I E**

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

(pełna nazwa pracodawcy)

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

adres

Oświadczam, że:

1. Jestem/ nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia 2004 r.  
   o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
2. Jestem/nie jestem\* przedsiębiorcą w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej   
   do pomocy de minimis.
3. Prowadzę/ nie prowadzę\* działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z 6 marca 2018 r. Prawo Przedsiębiorców. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Gryficach o zmianie dotyczącej powiązań, łączenia lub przejęcia w wyniku podziału przedsiębiorstwa, jeżeli zmiana będzie miała miejsce w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy na zatrudnienie bezrobotnego w ramach prac interwencyjnych.
4. Wynagrodzenie osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych nie będzie finansowane/ będzie finansowane\* z działalności o charakterze gospodarczym.
5. Nie posiadam/posiadam\* decyzję Komisji Europejskiej o zwrocie pomocy de minimis.
6. Nie toczy się/ toczy\*w stosunku do nas postępowanie upadłościowe i nie został/został\* zgłoszony wniosek o likwidację.
7. Nie zalegam/zalegam\*w dniu złożenia wniosku z 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, opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne oraz opłacaniem innych danin publicznych.
8. W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie zostałem/zostałem\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem/jestem\* objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
9. Posiadam/nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
10. Byłem/nie byłem prawomocnie skazany\* w okresie ostatnich 2 lat 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 w rozumieniu ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny lub, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.
11. Zostałem/nie zostałem objęty sankcjami, o których mowa w ustawie z 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

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

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

(data) (podpis i pieczęć pracodawcy, osoby upoważnionej do reprezentacji,

lub osoby zarządzającej)

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 2

**Oświadczenie o wspólności majątkowej małżeńskiej**

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych, niniejsze oświadczenie składam zgodnie z prawdą, art. 233 kk.

Oświadczam, że:

1. Pozostaję w związku małżeńskim\*
2. Pozostaję w ustawowej wspólności małżeńskiej majątkowej\*

z ..........................................................................................................................

(imię i nazwisko współmałżonka)

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

(adres zamieszkania współmałżonka)

1. Posiadam rozdzielność majątkową z \*................................................................

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

(imię i nazwisko współmałżonka)

kopia umowy, orzeczenie sądu w załączeniu.

1. Nie pozostaje w związku małżeńskim\*.

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

(podpis pracodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 3

**Oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu pomocy de minimis**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) jako wnioskodawca oświadczam, że w ciągu 36 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku:

1. otrzymałem/am środki stanowiące pomoc de minimis\* w kwocie łącznej ..................

................................................................................................................................euro

1. nie otrzymałem/am środków stanowiących pomoc de minimis\*

Oświadczam, że otrzymałem/am inną pomoc publiczną/; nie otrzymałem/am innej pomocy publicznej\* w wysokości ............ euro, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

Data ............................................ ................................................................

(podpis i pieczęć pracodawcy,  
 osoby upoważnionej do reprezentacji

lub osoby zarządzającej)

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 4

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych Pani/Pana/Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach z siedzibą ul. Koszarowa 4, 72-300 Gryfice;
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryficach jest Inspektor ochrony danych, tel. 91 384 64 50,   
   lub e-mail: iod@gryfice.pl;
3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach,
4. Odbiorcami Pani/Pana/Państwa danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz z którymi zawarto umowę powierzenia danych lub na podstawie innego instrumentu prawnego;
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym terminem przechowywania dokumentacji określonym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, w przypadku projektów unijnych zgodnie z warunkami umowy;
6. Posiada Pani/Pan/Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
7. Ma Pani/Pan/Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan/Państwo, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana/Państwa narusza RODO;
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem - ustawa z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji zadań wynikających z ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
10. Pani/Pana/Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w ustawie z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków administratora PUP w Gryficach zamieszczona jest na stronie BIP, w zakładce podstawowe dane podmiotu oraz na tablicy ogłoszeń tutejszego urzędu.

Zapoznałem/am się:

Data…………………………... …………………………..

(podpis i pieczęć pracodawcy   
 osoby upoważnionej do reprezentacji,

lub osoby zarządzającej)

*Szczegółowe informacje, można uzyskać w PUP Gryfice ul. Koszarowa 4, pok. nr 27.*

*tel.* *91 38 435 06*

*Formularz wniosku dostępny jest na stronie internetowej – https://gryfice.praca.gov.pl/*