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

(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/*