……………………

(miejscowość, data)

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

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

## 

## 

Starosta Włocławski

Powiatowy Urząd Pracy

we Włocławku

W N I O S E K

**o organizowanie prac interwencyjnych**

Na zasadach określonych w art. 51, art.51a i art. 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.), rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Nr 1407/2013 Komisji UE z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1) rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiego pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz.UE L 352 z dnia 24.12.2013, str. 9) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

Do danych osobowych zawartych we wniosku ma zastosowanie Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE L119/1).

**składam wniosek o zawarcie umowy o organizowanie prac interwencyjnych, dla[[1]](#footnote-1):**

- skierowanych bezrobotnych,

- skierowanych bezrobotnych opiekunów osób niepełnosprawnych,

- skierowanych bezrobotnych powyżej 50 roku życia ( art.49 ust. 3 ustawy) .

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Pełna nazwa ...........................................................................................................................
2. Siedziba ................................................................................................................................

Nr tel. ........................................

1. Miejsce prowadzenia działalności...........................................................................................
2. Nazwisko i imię osoby reprezentującej firmę: .......................................................................
3. Nazwa banku i numer konta ...................................................................................................

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

## 6. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności: ....................................................

## ...................................................................................................................................................

7. Dane identyfikacyjne:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ……………………... | …………………………. | ………………... | ……………………... |
| NIP | REGON | PKD | Data rozpoczęcia działalności |

* 1. Wysokość stopy procentowej ubezpieczenia wypadkowego: .................................................
  2. Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku ………………………………………..……….

**II. DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia ................................................, od dnia ..................................................................................................................................
2. Wymiar czasu pracy ……………………………. oraz ilość zmian ………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska oraz kod zawodu[[2]](#footnote-2) | Ilość miejsc pracy | Niezbędne lub pożądane kwalifikacje | Inne wymagania | Proponowane wynagrodzenie |
|  |  |  |  |  |

## Miejsce pracy skierowanych bezrobotnych: .......................................................................

## ....................................................................................................................................................

1. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

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

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

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

1. Wnioskowana wysokość refundacji z Funduszu Pracy:
   1. kwota 847,80zł i składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe i wypadkowe) od refundowanego wynagrodzenia – zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy (art. 51 ust. 1 powołanej wyżej ustawy),
   2. kwota połowy minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu podpisania umowy i składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe i wypadkowe) od refundowanego wynagrodzenia – zatrudnienie w połowie wymiaru czasu pracy (art. 51 ust. 2 lub art.51a ust.1 powołanej wyżej ustawy)

c) kwota refundacji do 24 miesięcy, jeżeli do pracy w ramach prac interwencyjnych są kierowani bezrobotni, którzy:

- spełniają warunki konieczne do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego – refundacja jest przyznawana w wysokości 80% minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia;

- nie spełniają warunków koniecznych do nabycia prawa do świadczenia przedemerytalnego – refundacja jest przyznawana w wysokości 50% minimalnego wynagrodzenia za pracę i składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia\*.

\* niewłaściwe skreślić

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Jestem/ nie jestem⃰ beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy(Dz. U. Z 2016r. poz.1808 z późn. zm.).
2. Podlegam/ nie podlegam\* przepisom dotyczącym udzielania pomocy de minimis.
3. Zalegam / nie zalegam⃰ z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
4. Zalegam /nie zalegam⃰ z zapłatą w terminie podatków do Urzędu Skarbowego i innych organów podatkowych.
5. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujących pracownikom zatrudnionym na czas nie określony.
6. Znane sami przepisy ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
7. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących podmiotu dla celów związanych z wykonywaniem zadań Powiatowego Urzędu Pracy we Włocławku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz. 922).

\* niewłaściwe skreślić

Potwierdzam(y) własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu.

………………………………………………….

(Miejscowość , data) (Podpis i pieczęć)

**Zobowiązuję się do:**

- zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy bezrobotnych skierowanych przez Urząd

do wykonywania prac interwencyjnych,

* po zakończeniu prac interwencyjnych zapewniam zatrudnienie dla ............ osób przez okres nie krótszy niż 4 miesiące w pełnym wymiarze czasu pracy spośród skierowanych bezrobotnych do wykonywania prac interwencyjnych;

- zawiadamiania Urzędu bez zbędnej zwłoki o:

* nie stawieniu się bezrobotnego ze skierowaniem z Urzędu w celu rozpoczęcia prac interwencyjnych,
* wcześniejszym rozwiązaniu umowy o pracę z zatrudnionym przy pracach interwencyjnych bezrobotnym,

- przyjęcia do pracy kolejnego bezrobotnego skierowanego przez Urząd na miejsce

pracownika interwencyjnego, z którym rozwiązano stosunek pracy.

- zwrotu 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, w przypadku nie wywiązania się z warunków umowy

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z art. 233 § 1 k.k.(*„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”)* oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

(data) (pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

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, dalej: RODO) (Dz. Urz. UE L119/1) przyjmuję poniższą informację:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy we Włocławku, ul. Kapitulna 24, 87-800 Włocławek.
2. Inspektor Ochrony Danych kontakt: iodwloclawek@wloclawek.praca.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu analizy złożonego wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych, a następnie w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w zakresie niezbędnym do podpisania umowy – na podstawie art.6 ust.1 lit c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych) i ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017r., poz. 1065 z późn. zm.) oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych.
4. Okres przechowywania: 10 lat.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi nam rozpatrzenie wniosku, a po jego pozytywnym rozpatrzeniu zawarcie umowy.
6. 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 oraz prawo do przenoszenia danych.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
8. Pani/Pana dane nie będą polegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

………………………………….. …………………………………….

Data Czytelny podpis

**Załącznik:**

Aktualny dokument poświadczający formę prawną istnienia jednostki.

Wniosek niekompletny i (lub) nieprawidłowo wypełniony nie będzie rozpatrywany.

O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku pracodawca zostanie powiadomiony w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku i dokumentów niezbędnych do jego rozpatrzenia. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletnego wniosku.

Od negatywnego stanowiska Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy we Włocławku nie przysługuje odwołanie.

**Pouczenie:**

*1. Do wykonywania prac interwencyjnych zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r.*

*o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy mogą być skierowani bezrobotni*

*zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy .*

*2. Skierowanie osoby bezrobotnej do pracy w ramach tej formy wsparcia osobie uzależnione*

*jest od profilu pomocy, który zostanie jej ustalony w wyniku analizy sytuacji*

*oraz indywidualnego planu działania ustalonego z doradcą klienta w urzędzie.*

*2. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania*

*z nim umowy o prace na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – kodeks*

*pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu*

*objętego refundacją albo przed upływem okresy 3 miesięcy starosta kieruje na zwolnione*

*stanowisko pracy innego bezrobotnego.*

*3.W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko*

*pracy, pracodawca zwraca uzyskana 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 urząd*

*pracy na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy, za okres*

*w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał zatrudnieniu*

Sposób rozpatrzenia wniosku przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy we Włocławku:

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy we Włocławku wyraża zgodę / nie wyraża zgody na podpisanie umowy z ...............................................................................................................

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

o organizowanie prac interwencyjnych dla ............................. bezrobotnych.

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

(data) (pieczęć i podpis

Dyrektora PUP)

1. właściwe zaznaczyć wstawiając w kratce znak X [↑](#footnote-ref-1)
2. http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow [↑](#footnote-ref-2)