Radomsko, dn. …………2024 r.

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

(pieczęć wnioskodawcy)

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Na zasadach określonych w art. 51, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2023r. poz. 735 z późn. zm.), 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), ustawie z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (teks jedn. Dz. U. z 2023r. poz. 702)

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY:**

1. Nazwa Pracodawcy/Przedsiębiorcy ubiegającego się o organizowanie prac interwencyjnych......................................................................................................................................................................................................................................................

2. Adres siedziby...........................................................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności..............................................................................

4. Tel. …........................................................................................................................

5. E – mail\*....................................................................................................................

6. NIP ...................................................... REGON .......................................................

7. Oznaczenie formy organizacyjno – prawnej prowadzonej działalności:

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

8. Rodzaj prowadzonej działalności (PKD) ................................................................... .......................................................................................................................................

9. Data rozpoczęcia działalności ...................................................................................

10. Wysokość stopy procentowej ubezpieczenia wypadkowego ……………………….

11. Termin wypłaty wynagrodzenia\*\*:

□ wynagrodzenie wypłacane w miesiącu, w którym świadczono pracę

□ wynagrodzenie wypłacane w miesiącu następnym po miesiącu świadczenia pracy

\* dane dobrowolne

\*\* zaznaczyć właściwe;

12. W okresie 6 miesięcy przed złożeniem niniejszego wniosku zatrudnienie\*\*\*   
w zakładzie pracy przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc, rok** | **Liczba pracowników\*\*\*\* zatrudnionych  w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | **Liczba zatrudnionych osób** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **Pracodawca/Przedsiębiorca zatrudnia w dniu złożenia wniosku** | |  |  |

**W przypadku każdego zmniejszenia stanu zatrudnienia należy wskazać datę,   
tryb oraz przyczynę rozwiązania umowy z pracownikiem**:..……………………… ……………………………………………………….………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………….……………………………………………………………………….………………………….………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….…………………………………………….……………………………………………………………………….………………………….

**\*\*\* Zatrudnienie – oznacza to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.**

**\*\*\*\* Pracownik – oznacza to, zgodnie z Kodeksem Pracy, osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.**

13. Osoby upoważnione do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy   
i podpisania umowy .......................................................................................................

14. Osoba upoważniona do kontaktu …………………………………………….………...

nr telefonu\* …………..……………… e-mail\* .................................................................

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH:**

1. Wnioskuję o zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych **jednej** skierowanej osoby bezrobotnej.

2. Osoba bezrobotna zostanie zatrudniona w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres 6 miesięcy, za który dokonywana będzie refundacja, tj. przez okres   
od ……..………...……..…. do ……..…..…………. oraz przez okres 6 miesięcy po zakończeniu tej refundacji, tj. przez okres od ………….………. do …..…..…………...

3. Stanowisko pracy, na którym ma zostać zatrudniona osoba bezrobotna   
(należy wskazać zawód, stanowisko wg kodu klasyfikacji i specjalności zawodów) ………………………………………………………………………………..………………..

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

4. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez osobę bezrobotną   
(zakres czynności)…………………………………………………………….……………… …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

5. Wymagania niezbędne i pożądane osoby bezrobotnej:

Wykształcenie………………………………………….……...………………………….......

Specjalność / zawód…………………………………………………………………………..

Kwalifikacje / umiejętności ………………………………………………………………….

Dodatkowe wymagania ………………………………………………………………………

6. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych:.............................................................

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

7. System czasu pracy: □ podstawowy □ równoważny\*

**\* podstawowy system czasu pracy, w którym dobowy wymiar czasu pracy wynosi 8 godzin,   
- system równoważnego czasu pracy, w którym dobowy wymiar czasu może być przedłużony, co do zasady, do 12 godzin, a przy określonych rodzajach prac – nawet do 16 albo 24 godzin.**

Praca w systemie zmianowym: □ jednozmianowa □ dwuzmianowa □ trzyzmianowa

Dni tygodnia: od………….….……… do …….………………...

Godziny pracy: od…………..……… do ………………..……...

Praca w niedziele i święta: □ tak □ nie

8. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanej osoby bezrobotnej: ...............................................................................................zł/m-c

9. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia skierowanego bezrobotnego............................................zł/m-c

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

data, pieczątka i podpis wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kserokopia aktualnego odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji   
i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu   
do rejestru lub ewidencji;

2. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółki cywilnej;

3. Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy, jeżeli osoba podpisująca wniosek działa na podstawie pełnomocnictwa. Pełnomocnictwo należy przedłożyć   
w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji Pracodawcy/Przedsiębiorcy. Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu Pracodawcy/Przedsiębiorcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.)

4. Załącznik nr 1 do wniosku;

5. Załączniku nr 2 do wniosku

(W przypadku spółki cywilnej wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika.)

**6. Formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis** niezbędny do udzielenia tej pomocy określonej w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. 2024 poz. 40);

7. Załącznik nr 3 do wniosku – dotyczy pracodawcy posiadającego filię/placówkę na terenie powiatu radomszczańskiego, która nie jest wpisana do KRS/CEIDG;

8. Zaświadczenia o niezaleganiu z opłacaniem podatków z Urzędu Skarbowego oraz   
o niezaleganiu z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne z ZUS; ww. zaświadczenia należy dostarczyć po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku, muszą być wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem podpisania umowy.

**UWAGA!**

**1. Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.**

**2. Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią firmy.**

**3. Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji. Od odmowy przyznania refundacji nie przysługuje odwołanie.**

**Klauzula informacyjna RODO dla pracodawcy, przedsiębiorcy lub innego podmiotu wnioskującego o wsparcie** *(art. 14 RODO)*

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

zgodnie z art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

* 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

1. Powiatowy Urząd Pracy w Radomsku z siedzibą w Radomsku 97-500, ul. Tysiąclecia 2, tel.: 44 683 73 54 do -56, - 58, -62,   
   e-mail: lora@praca.gov.pl.
2. Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051,   
   al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: [info@lodzkie.pl](mailto:info@lodzkie.pl),
3. Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608,   
   ul. Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: lowu@wup.lodz.pl.
   1. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:
4. adres e-mail: a.pawlowski@pup-radomsko.pl lub na adres siedziby administratora,
5. adres e-mail: [iod@lodzkie.pl](mailto:iod@lodzkie.pl) lub na adres siedziby administratora,
6. adres e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora.
   1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

realizacji projektu i jego rozliczenia, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w szczególności jest:

* art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO (w przypadku danych zwykłych) oraz art. 9 ust. 2 lit. g-j RODO w związku z:
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060   
  z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057   
  z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
* Ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
* Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym  
  i archiwach.

1. Przetwarzane dane to:

nazwa firmy lub imię i nazwisko, siedziba i miejsce prowadzenia działalności; imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy, przedsiębiorcy lub innego podmiotu; imię i nazwisko, stanowisko, numer telefonu osoby wskazanej do kontaktu ze strony pracodawcy, przedsiębiorcy lub innego podmiotu; numer telefonu, adres e-mail, NIP, REGON, forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej; w przypadku organizacji stażu - imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna bezrobotnego odbywającego staż; imię i nazwisko bezrobotnego wskazanego do odbywania stażu.

1. Źródło Pani/Pana danych:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności   
od Beneficjenta i Partnera.

1. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

* Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;
* podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu;
* podmioty, wykonujące dla IZ FEŁ2027/IP usługi związane z obsługą   
  i rozwojem systemów teleinformatycznych, a także zapewnieniem łączności (np. dostawcy rozwiązań IT i operatorzy telekomunikacyjni), operatorzy pocztowi, firmy kurierskie;
* podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

1. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany   
w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania,   
o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

1. Posiada Pani/Pan prawo do:

* dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
* przenoszenia swoich danych osobowych w sytuacji, w której przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, jeśli jej stroną jest osoba, której dane dotyczą – art. 6. ust. 1 lit. b) RODO i jednocześnie przetwarzanieodbywa się w sposób zautomatyzowany[[1]](#footnote-1);
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.

---------------------------------------

data, podpis pracodawcy, przedsiębiorcy lub innego podmiotu

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku:**

**1. Nie zalegam/ zalegam\*** z zapłatą w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz  
z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;

**2. Nie zalegam/ zalegam\*** z zapłatą w terminie należnych podatków i innych danin publicznych;

**3. Nie posiadam/ posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

**4. Toczy/ nie toczy się\*** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;

**5.** W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem/ nie zostałem\*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem/ nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

**6.** Zapoznałem się z Zasadami organizacji prac interwencyjnych obowiązującymi   
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Radomsku w 2024 roku;

**7.** Dane zawarte we wniosku oraz w załączonych dokumentach **są zgodne** ze stanem faktycznym i prawdą;

**8.** Oświadczam, że (**przed udzieleniem odpowiedzi w tym punkcie** **należy bezwzględnie przeczytać wyjaśnienie)**\*:

□ jestem jednym przedsiębiorstwem,

□ nie jestem jednym przedsiębiorstwem.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, należy wskazać powiązania:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wyjaśnienie:**

przyjmuje się, że **jedno przedsiębiorstwo** obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

**a)** jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków,

**b)** jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej,

**c)** jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki,

**d)** jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w tym wyjaśnieniu za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

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

**(w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy wypełnić pkt 10 oraz dołączyć załącznik nr 2**

**10.** Zapoznałem się i **spełniam** warunki określone w\*:

□ Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z dnia 24.12.2013 r.) lub

□ Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9 z dnia 24.12.2013 r.) lub

□ Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 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. (DZ. Urz. UE L 190/45 z 28.06.2014r.)

…...……………………….…………..

Data, pieczątka i podpis wnioskodawcy

*\* zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 2**

**Oświadczenie wnioskującego dotyczące pomocy de minimis**

w zakresie wynikającym z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu   
w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r. poz. 702)

Oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających lat kalendarzowych ( podkreślić właściwe):

1. a) nie otrzymałem/am pomoc de minimis,

b) otrzymałem/am pomoc de minimis w wysokości …………………złotych brutto,  
 co stanowi równowartość …………………euro

2. a) nie otrzymałem/am pomocy de minimis w rolnictwie,

b) otrzymałem/am pomocy de minimis w rolnictwie w wysokości ……………złotych brutto, co stanowi równowartość …………………euro

3. a) nie otrzymałem/am pomocy de minimis w rybołówstwie,

b) otrzymałem/am pomocy de minimis w rybołówstwie w wysokości ……………… złotych brutto, co stanowi równowartość …………………euro

4. a) nie otrzymałem/am innej pomocy publicznej

b) otrzymałem/am innej pomocy publicznej w wysokości …………………złotych brutto, co stanowi równowartość …………………euro

5. a) nie otrzymałem/am innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,

b) otrzymałem/am inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis w wysokości …………………złotych brutto, co stanowi równowartość …………………euro

Zobowiązuję (-emy) się do złożenia w dniu podpisania umowy o zatrudnienie skierowanego (-ych) do pracy bezrobotnego (-ych) w ramach prac interwencyjnych, dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam (-y) pomoc publiczną.

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

data, pieczątka i podpis wnioskodawcy

**Załącznik nr 3**

…………………………….

Pieczątka firmy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że firma……………………………………………………………………...

(nazwa firmy)

z siedzibą główną……………………………………………………………………………..

(adres)

ma Filię/placówkę, której miejsce prowadzenia działalności gospodarczej znajduje się na terenie powiatu radomszczańskiego pod adresem ……………….............................

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

(dokładny adres)

która **nie jest wpisana** do Krajowego Rejestru Sądowego / Centralnej Ewidencji   
i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Zatrudniam pod tym adresem …………………………. pracownika(ów).

Zakres tej działalności obejmuje …………………………………….………………………

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

Na potwierdzenie miejsca prowadzenia działalności na terenie powiatu radomszczańskiego załączam jeden z poniższych dokumentów:

a) Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o miejscu prowadzenia działalności gospodarczej

*lub*

b) Tytuł prawny do nieruchomości, w której prowadzona jest działalność gospodarcza, np. prawo własności lub współwłasności, prawo użytkowania wieczystego, spółdzielcze prawo do lokalu, umowa dzierżawy lub najmu.

…………………………………………………….

data, pieczątka i podpis wnioskodawcy

**-dotyczy tylko**pracodawcy posiadającego filię/placówkę na terenie powiatu radomszczańskiego, która nie jest wpisana do KRS / CEIDG

1. [↑](#footnote-ref-1)