Radomsko, dn. …………2025 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 2025r. poz. 214), 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 z późn. zm.), ustawie z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (teks jedn. Dz. U. z 2018r. poz. 362 z późn. zm.)

**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. 2010 Nr 53, poz. 311 ze zm.);

**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.13 i art. 14 RODO)

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 13 i 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”) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

a) Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051,
al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl,

b) 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,

c) 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. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na adres e-mail:

1. e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora,
2. e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora,
3. e-mail: sylwia.kochman@iso-lex.pl lub na adres siedziby administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celu archiwizacji dokumentów.

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

- art. 6 ust. 1 lit. c i e 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 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych;
* 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 w szczególności: Imię i nazwisko/nazwa instytucji, NIP, REGON, data zawarcia umowy, 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, forma prawna prowadzenia działalności gospodarczej.
2. Źródło Pani/Pana danych: Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.
3. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:

- Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego;

- Minister właściwy ds. finansów publicznych;

- podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027;

- dostawcy usług IT i operatorzy telekomunikacyjni, pocztowi, firmy kurierskie, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa – na ich żądanie.

8. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego może przetwarzać dane osobowe zgromadzone w związku z realizacją projektu wykonując zadania związane
z koordynacją realizacji programów. Dane kontaktowe Administratora i IOD:
ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, e-mail: IOD@mfipr.gov.pl.

Pełną informację o zasadach przetwarzania danych zawiera dokument Ogólne zasady przetwarzania danych osobowych w ramach Funduszy Europejskich
2021-2027 dostępny na stronie [www.funduszeeuropejskie.gov.pl](file:///C%3A%5CUsers%5Cukrawc%5CDesktop%5Cwww.funduszeeuropejskie.gov.pl) w zakładce
O funduszach części zatytułowanej Przetwarzanie danych osobowych.

9. Dane będą przechowywane przez okres:

 10 lat od zakończenia sprawy Beneficjenta, licząc w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty jej zakończenia, po tym okresie decyzją Archiwum Państwowego okres przechowywania może zostać przedłużony.

10. Przysługujące prawa:

* dostęp do swoich danych, prawo ich sprostowania a na czas poprawiania danych prawo żądania do ograniczenia przetwarzania;
* wniesienie skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (szczegóły na stronie <https://uodo.gov.pl/>), w przypadku przetwarzania danych niezgodnie z przepisami prawa.

 Otrzymałem/otrzymałam

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

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 2025 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 z późn. zm.)

**(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 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z dnia 15.12.2023 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**

1. Oświadczam, że w ciągu minionych 3 lat (3x365 dni), przed dniem złożenia wniosku zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023 (podkreślić właściwe):

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

2. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.9

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

3. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych zgodnie z Rozporządzeniem 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 (t.j. Dz. U. UE L. 2014. 190.45)

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

4. nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am innej pomocy publicznej w wysokości …………………złotych brutto, co stanowi równowartość …………………euro

5. nie otrzymałem/am/ otrzymałem innej pomocy publicznej 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

W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną **każdy** wspólnik jest zobowiązany dołączyć powyższe oświadczenie.

**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