

Znak sprawy:

CAZ.II-5512-____/____/25

Toruń, dnia _____

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

Powiatowy Urząd Pracy
dla Miasta Torunia
ul. Mazowiecka 49A
87-100 Toruń

WNIOSEK o organizowanie prac interwencyjnych

na zasadach określonych w art. 51 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) oraz rozporządzenia MPiPS 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.).

I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC INTERWENCYJNYCH

1. Nazwa Wnioskodawcy

2. Adres siedziby Wnioskodawcy _____

3. Miejsce prowadzenia działalności¹ _____

4. Adres do korespondencji¹ _____

5. Tel. _____ e-mail _____

6. Osoba do kontaktu z Urzędem Pracy

imię i nazwisko

stanowisko

telefon

e-mail

7. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

8. NIP _____ REGON _____

¹ Uzupelnic w przypadku, gdy adres jest inny niz siedziba.

9. Forma organizacyjno-prawna (zaznaczyć odpowiednio):

- jednoosobowa działalność gospodarcza
- spółka cywilna
- spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
- spółka akcyjna
- spółka jawna
- spółka partnerska
- spółka komandytowa
- spółka komandytowo-akcyjna
- inna: _____

10. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%)² _____

11. Wypłata wynagrodzenia u Wnioskodawcy następuje (zaznaczyć odpowiednio):

- w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie
- w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie

12. Krótki opis prowadzonej działalności _____

13. Aktualny stan zatrudnienia u Wnioskodawcy:
w tym liczba osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę:

14. W ostatnich 24 miesiącach Wnioskodawca korzystał z:

- organizowania stażu,
- prac interwencyjnych,
- refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego,
- szkolenia pracowników w ramach KFS
- inne: _____

15. Nr rachunku bankowego Wnioskodawcy, na które Urząd ma dokonywać refundacji poniesionych kosztów:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

² W przypadku zmiany wysokości składki wypadkowej Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć do PUP dla Miasta Torunia niezwłocznie decyzję ZUS o zmianie jej wysokości.

II DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH

1. Wnioskowana liczba bezrobotnych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych
2. Proponowana data zatrudnienia _____
3. Nazwa stanowiska _____
4. Opis prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

5. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych _____

6. Proponowane warunki pracy (zmianowość - godziny pracy)

7. Wymagane kwalifikacje skierowanego(ych) bezrobotnego(ych):
Wykształcenie _____
Zawód/specjalność _____
Uprawnienia _____
Predyspozycje _____
Inne _____
8. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) _____ zł brutto.
9. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) – wkład finansowy ze środków Funduszu Pracy miesięcznie _____
10. Oświadczam, że po upływie okresu zatrudnienia bezrobotnego/ch w ramach prac interwencyjnych zapewniam dalsze ich zatrudnienie na podstawie umowy o pracę na okres co najmniej 4 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

Do wniosku należy dołączyć:

1. **Załącznik nr 1:** oświadczenie Wnioskodawcy.
2. **Załącznik nr 2:** klauzula informacyjna dla przedsiębiorcy/pracodawcy.
3. **Załącznik nr 3:** zgłoszenie krajowej oferty pracy subsydiowanej.
4. **Załącznik nr 4³:** oświadczenie o uzyskanej lub nieuzyskanej pomocy publicznej *de minimis* w okresie ostatnich 3 lat poprzedzających złożenie niniejszego wniosku.
5. **Załącznik nr 5³:** wypełniony Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.
6. Dokument potwierdzający status prawny Wnioskodawcy (np. wyciąg z KRS/CEIDG/uchwała/statut/umowa spółki).
7. Dokument potwierdzający prawo do dysponowania lokalem, w którym realizowane będą prace interwencyjne (np. umowa najmu, dzierżawy) w przypadku gdy nie wynika ono z dokumentów rejestrowych Wnioskodawcy.
8. Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. 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 lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczętkami imiennymi.

Wszystkie kserokopie dokumentów proszę potwierdzić za zgodność z oryginałem.

W przypadku, gdy wniosek będzie nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, Urząd Pracy wyznaczy co najmniej 7-dniowy termin jego uzupełnienia. Wniosek nieuzupełniony we wskazanym terminie pozostanie bez rozpatrzenia.

³ dotyczy wnioskodawcy ubiegającego się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023, poz. 702, z późn. zm.) co do której zastosowanie mają reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 TFUE

(pieczęćka firmowa Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE⁴

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że w dniu złożenia wniosku o organizowanie prac interwencyjnych:

- 1) **Nie zalegam / zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
- 2) **Nie zalegam / zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych, w tym z opłatami wobec Urzędu Skarbowego z tytułu zobowiązań podatkowych;
- 3) **Nie posiadam / posiadam** nieuregulowanych zobowiązań wynikających z tytułu zawartych umów cywilnoprawnych;
- 4) **Nie toczy / toczy** się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i **nie został / został** złożony wniosek o jej likwidację;
- 5) W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty **nie zostałem / zostałem** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **nie jestem / jestem** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
- 6) W okresie 24 miesięcy przed złożeniem wniosku **nie byłem / byłem** karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu;
- 7) **Nie jestem / jestem** związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz sam **nie znajduję / znajduję** się na takiej liście;
- 8) **Prowadzę działalność gospodarczą i posiadam status przedsiębiorcy / nie prowadzę działalności gospodarczej i nie posiadam statusu przedsiębiorcy** w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2024 poz. 236, z późn.zm.);
- 9) Ubiegam się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023, poz. 702, z późn. zm.) co do której zastosowanie mają reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 TFUE
TAK / NIE

W przypadku zaznaczenia w pkt 9 odpowiedzi **TAK** proszę wskazać:

Ubiegam się o wsparcie na podstawie (zaznaczyć właściwe):

- rozporządzenia 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
 - rozporządzenia 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 24.12.2013 r. str. 9 z późn. zm.) lub
 - rozporządzenia 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, z 28.06.2014, str. 45 z późn.zm.).
- 10) Zapoznałem się i **spełniam** warunki określone w:
- art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2014 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 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 ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864 z późn. zm).

(data, podpis Wnioskodawcy)

⁴ niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców/ pracodawców

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami 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) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), dalej jako „RODO”, informujemy, że:

- Administratorem Pana/Pani Danych Osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy dla Miasta Torunia, ul. Mazowiecka 49a, 87-100 Toruń, reprezentowany przez Dyrektora Urzędu. Dane kontaktowe: tel. 56 6580202, e-mail: toto@praca.gov.pl
- Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych (IOD) – Piotr Juzoń, e-mail iodo.rodod@muptorun.praca.gov.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji w ewidencji pracodawców oraz świadczenia usług urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
- Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku z poprawną podstawą prawną lub które zawarły z administratorem danych umowy: powierzenia z dostawcami oprogramowania i systemów informatycznych, na świadczenie usług pocztowych, bankowych.
- Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
- Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
- W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych, wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody.
- Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Urząd jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. „RODO”.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku nie podania danych nie będzie możliwe udzielenie wsparcia.
- Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

(data, czytelny podpis Wnioskodawcy)



ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY SUBSYDIOWANEJ

Prac interwencyjnych Robót publicznych Zatrudnienia wspieranego
 Refundacji wyposażenia stanowiska pracy

I. Dane dotyczące pracodawcy		
1. Nazwa pracodawcy: Agencja zatrudnienia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Nr KRAZ.....		2. Adres pracodawcy: ulica..... miejsowość..... kod pocztowy __ - ____
3. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z PUP: telefon lub inny sposób kontaktu:		4. Preferowana forma kontaktu kandydatów z pracodawcą: <input type="checkbox"/> kontakt osobisty..... <input type="checkbox"/> tel/fax..... <input type="checkbox"/> e-mail..... <input type="checkbox"/> inny
5. Częstotliwość kontaktów z pracodawcą	6. REGON* ----- 7. NIP -----	8. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności: <input type="checkbox"/> prywatna <input type="checkbox"/> publiczna <input type="checkbox"/> jednoosobowa działalność gospodarcza
9. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD*:		10. Liczba zatrudnionych pracowników:
II. Dane dotyczące zgłoszonego miejsca zatrudnienia		
11. Nazwa zawodu*:	12. Nazwa stanowiska:	13. Liczba wolnych miejsc pracy: __ w tym dla osób niepełnosprawnych: __
		14. Wnioskowana liczba kandydatów: __
		17. Przewidywany okres zatrudnienia/wykonywania pracy**:
15. Kod zawodu*: -----	16. Data rozpoczęcia pracy**:	
18. Miejsce wykonywania pracy (adres):		19. Proponowany zasięg upowszechnienia oferty pracy: Toruń
		20. Rodzaj umowy: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> na czas określony <input type="checkbox"/> na okres próbny
21. System wynagradzania: <input type="checkbox"/> akordowy <input type="checkbox"/> godzinowy <input type="checkbox"/> miesięczny <input type="checkbox"/> prowizyjny	23. Wymiar czasu pracy: <input checked="" type="checkbox"/> pełen etat <input type="checkbox"/> 3/4 etatu <input type="checkbox"/> 1/2 etatu <input type="checkbox"/> inne (ilość godzin)	24. Informacja o systemie i rozkładzie czasu pracy: <input type="checkbox"/> jedna zmiana – godz. <input type="checkbox"/> dwie zmiany – godz. <input type="checkbox"/> trzy zmiany – godz.
22. Wysokość wynagrodzenia (brutto): od..... do.....		<input type="checkbox"/> równoważny system czasu pracy <input type="checkbox"/> ruch ciągły <input type="checkbox"/> inne (podać jakie) praca w dni wolne: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

25. Tryb pracy: <input type="checkbox"/> hybrydowa <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> zdalna			
26. Wymagania – oczekiwania pracodawcy:		27. Zakres obowiązków:	
1) wykształcenie.....	
2) staż pracy: – ogółem..... – w zawodzie	
3) uprawnienia.....	
4) umiejętność – specjalność.....	
5) znajomość języków obcych z określeniem poziomu ich znajomości.....	
6) inne (wpisać jakie).....	
		Zobowiązuję się do powiadomienia Urzędu Pracy o dezaktualizacji oferty.	
	 (czytelny podpis pracodawcy)	
28. Czy Pracodawca oczekuje organizacji giełdy pracy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		29. Forma upowszechnienia oferty: <input type="checkbox"/> strona internetowa <input type="checkbox"/> media społecznościowe	
III. Adnotacje urzędu pracy			
30. Numer zgłoszenia: -----	31. Numer oferty w STD Syriusz: OfPr/ -----	32. Pośrednik pracy przyjmujący ofertę:	33. Sposób przyjęcia oferty: <input type="checkbox"/> osobiście <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> poczta <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> faks <input type="checkbox"/> inne
34. Data przyjęcia zgłoszenia: -----	35. Numer stanowiska w STD Syriusz: StPr/ -----	36. Pośrednik pracy realizujący ofertę: <i>podpis</i>	
37. Uzupełnienie stanowiska pracy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		38. Czas do końca umowy refundacji -----	

* Pola nieobowiązkowe

** Wypełnia Urząd

Zgodnie z art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczam, że w okresie 365 dni poprzedzających zgłoszenie oferty nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie oraz, że ofertę pracy zgłosiłem do jednego Powiatowego Urzędu Pracy tj. Powiatowego Urzędu Pracy dla Miasta Torunia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnianie danych o firmie w zakresie prowadzonego pośrednictwa pracy.

Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy dla Miasta Torunia, ul. Mazowiecka 49a, 87-100 Toruń, reprezentowany przez Dyrektora Urzędu.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można kontaktować się z Inspektorem ochrony danych drogą mailową: iodo.rod@muptorun.praca.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby Urzędu. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w przepisach z zakresu polityki rynku pracy, postępowania administracyjnego oraz innych przepisów regulujących działalność Administratora.

Pełna treść klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO) jest dostępna na stronie internetowej Administratora pod adresem: <https://muptorun.praca.gov.pl/klauzule-informacyjne> oraz w siedzibie Administratora.

.....
data

.....
czytelny podpis pracodawcy