



Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Tomyślu

ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl

Tel: 61 44 51 500, Fax: 61 44 51 535,

 e-mail: biuro@pupnt.pl

CAZ.5110. .2024

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

(pieczęć firmowa Organizatora)

**WNIOSEK O ORGANIZACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) oraz 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).

 zatrudnienie skierowanych bezrobotnych przez okres **do 6 miesięcy** – refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie nieprzekraczającej 50% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznie;

 zatrudnienie skierowanych bezrobotnych przez okres **do 12 miesięcy** – refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne za co drugi miesiąc zatrudnienia w kwocie nieprzekraczającej 50% przeciętnego wynagrodzenia;

 zatrudnienie skierowanych bezrobotnych będących dłużnikami alimentacyjnymi przez okres **do 6 miesięcy** w połowie wymiaru czasu pracy – refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie nieprzekraczającej połowy minimalnego wynagrodzenia.

**OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Klauzulą informacyjną** **dla osób fizycznych - pracodawców i przedsiębiorców współpracujących z Powiatowym Urzędem Pracy w Nowym Tomyślu**, która jest dostępna w siedzibie Powiatowego Urzędu pracy w Nowym Tomyślu oraz na stronie internetowej urzędu nowytomysl.praca.gov.pl

 ………………………………………………………….

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA ROBÓT PUBLICZNYCH:**

1. Pełna nazwa Organizatora: ............................................................................
2. Adres siedziby Organizatora : ........................................................................
3. Miejsce prowadzenia działalności: ..................................................................
4. Telefon: ....................., fax: ........................., e-mail:....................................
5. NIP: .........................., REGON: ....................... PKD (przeważające): ..................
6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: ....................................
7. Wniosek złożony na zasadach:

wsparcia dla podmiotów nie będących beneficjentem pomocy;

pomocy de minimis spełniającej warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 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 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

1. Dane osoby/osób prawnie reprezentującej(-ych) podmiot (dot. podpisania umowy):
	* imię i nazwisko: .................................................................................
	* nazwa stanowiska służbowego: ............................................................
	* telefon kontaktowy: ............................................................................

 W przypadku wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za kontakt z Urzędem Pracy
 w sprawie wniosku prosimy o podanie jej danych:

* + imię i nazwisko: .................................................................................
	+ nazwa stanowiska służbowego: ............................................................
	+ telefon kontaktowy: ...........................................................................
1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: ...................................................
..................................................................................................................
2. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi (dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych w ramach umowy o pracę):
........................................................................................ etat/etaty/etatów.

 Stan zatrudnienia uległ / nie uległ[[1]](#footnote-1) zmniejszeniu w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.

 Rozwiązano / Nie rozwiązano\* stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Pracodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku.

1. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (zaznaczyć właściwe):

 do ostatniego dnia miesiąca, za który przysługuje wynagrodzenie, składki ZUS za wynagrodzenie odprowadzane są w miesiącu następnym;

 do .......... dnia następnego miesiąca, za który przysługuje wynagrodzenie, składki ZUS za wynagrodzenie odprowadzane są w miesiącu następnym, po miesiącu w którym wynagrodzenie zostało wypłacone.

1. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe: .................%
2. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI ROBÓT PUBLICZNYCH:**
3. Liczba bezrobotnych proponowana do zatrudnienia: …….……………… osoba(-y)/osób.
4. Nazwa i kod zawodu (nazwa i kod zawodu muszą być zgodne ze strukturą klasyfikacji zawodów
i specjalności – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 07 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, (Dz. U.
z 2018r. poz. 227 z późn. zm.) :……………………………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Nazwa stanowiska pracy: ..............................................................................
6. Wymagany poziom i kierunek wykształcenia: ...................................................
7. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje: .............................................................
..................................................................................................................
8. Rodzaj wykonywanej pracy: ..........................................................................
9. Miejsce wykonywania pracy: ..........................................................................
10. Godziny pracy (od-do): ...................................................................................
11. Zmianowość: ...............................................................................................
12. Proponowany okres zatrudnienia:

od dnia ........................... do dnia…………………………….. ilość osób………………………….

refundacja do 6-mcy;

od dnia ........................... do dnia…………………………….. ilość osób………………………….

refundacja do 12-mcy (za co drugi miesiąc zatrudnienia);

od dnia ........................... do dnia…………………………….. ilość osób………………………….

refundacja do 6-mcy dot. Dłużników alimentacyjnych.

1. Wysokość miesięcznego wynagrodzenia (brutto): ................................................
2. Wnioskowana wysokość refundacji: …………………… zł + ………… % FUS od tej kwoty.
3. Po okresie refundacji zapewniam/nie zapewniam\* zatrudnienia dla …….. osoby/osób bezrobotnej(-ych) na okres ……………………………………………………………….….
4. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY WSKAZANEGO PRZEZ ORGANIZATORA (wypełnić tylko w przypadku, gdy Organizator nie będzie jednocześnie pracodawcą dla skierowanego bezrobotnego)**
	* + 1. Pełna nazwa Pracodawcy: ............................................................................
			2. Adres siedziby Pracodawcy: ...........................................................................
			3. Miejsce prowadzenia działalności: ..................................................................
			4. Telefon: ....................., fax: ........................., e-mail:....................................
			5. NIP: ..........................., REGON: ......................, PKD (przeważające): .................
			6. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: ....................................
			7. Dane osoby/osób prawnie reprezentującej(-ych) Pracodawcę:
* imię i nazwisko: .................................................................................
* nazwa stanowiska służbowego: ............................................................
* telefon kontaktowy: ............................................................................

W przypadku wskazania przez Organizatora robót publicznych Pracodawcy, u którego będą wykonywane roboty publiczne Pracodawca do wniosku dołącza oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do wniosku.

1. **OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA**

 Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego
 „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od lat 3 oświadczam, że:

1. dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
2. znane są mi postanowienia ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy dotyczące organizowania robót publicznych;
3. zapoznałem się z Regulaminem organizowania i finansowania robót publicznych przez Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Tomyślu;
4. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy
w Nowym Tomyślu o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach do wniosku;
5. zalegam / nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
6. zalegam / nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
7. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku zostałem / nie zostałem\* skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych.
8. toczy/ nie toczy\* się w stosunku do podmiotu, który reprezentuję postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne oraz został / nie został\* złożony wniosek o otwarcie takiego postępowania;
9. zatrudnieni bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych;
10. jestem świadomy obowiązku zwrotu wypłaconej refundacji wraz z odsetkami
w przypadku niedotrzymania warunków zawartej umowy;
11. jestem / nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy
z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023r., poz. 702);
12. zostałem poinformowany, że w przypadku zawarcia umowy o zorganizowanie robót publicznych moje dane zostaną podane do publicznej wiadomości zgodnie
z wymaganą procedurą zawartą w art. 59b ustawy o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu przez okres 30 dni;
13. wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych przez członków Komisji Wewnętrznej ds. Programów Rynku Pracy zgodnie z art. 23 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781).

\*zaznaczyć właściwe

Klauzula informacyjna dla osób fizycznych - pracodawców i przedsiębiorców współpracujących z Powiatowym Urzędem Pracy w Nowym Tomyślu.

Zgodnie z art. 13 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 119, s. 1) – **dalej RODO** informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl,

2. Z administratorem można się kontaktować:

* listownie: Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Tomyślu ul. Poznańska 30,
64-300 Nowy Tomyśl
* przez elektroniczną skrzynkę podawczą dostępną na stronie http://epuap.gov.pl/
* telefonicznie: 600-212-182

3. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych:

* + elektronicznie: e-mail: biuro@pupnt.pl

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Nowym Tomyślu

5. podstawa prawna przetwarzania:

* + art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO.
	+ ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

6. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz opinia publiczna (wykazy pracodawców z którymi zawarto umowy o aktywizację zawodową bezrobotnych), dane pracodawców którzy otrzymali pomoc publiczną są zamieszczane w bazie SHRIMP

7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą 10 lat - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie udzielania pomocy publicznej,

8. 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, prawo do przenoszenia danych

9. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

10. w przypadku korzystania z pomocy określonej w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy podanie danych osobowych jest obligatoryjne

11. w przypadku niepodania danych, które wymagają przepisy prawa nie będzie możliwe udzielenie pomocy określonej w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

12. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany

Powyższe oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 k.k., który stanowi: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

............................, dnia ............................. ..................................................

 (miejscowość) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki**

1. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.
2. Dokumenty niezbędne do udzielenia pomocy de minimis (tj: zaświadczenia o pomocy de minimis, w zakresie o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietna 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy oraz informację określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a w/w ustawy) – składa Organizator robót publicznych oraz wskazany przez niego Pracodawca będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. Załącznik nr 1 – składa wyłącznie wskazany przez Organizatora robót publicznych Pracodawca.

**Wnioski nie zawierające pełnych, wymaganych informacji, bądź bez kompletu załączników będą rozpatrywane po ich uzupełnieniu.**

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)