...................................................................... Data .................................... 2023 roku

/pieczęć firmowa Pracodawcy/

**DYREKTOR**

**Powiatowego Urzędu Pracy   
w Tomaszowie Mazowieckim**

WNIOSEK

o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających   
w zatrudnieniu

Podstawa prawna :

- Art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 100).

- Ustawa z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735);

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.06.2014 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)

- Ustawa z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 702)

- Rozporządzenie 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 z 24.12.2013 r., str. 1). 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 z 24.12. 2013 r., str. 9) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

1. **INFORMACJE O PRACODAWCY:**
2. Nazwa, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej, nr telefonu do kontaktu, e-mail

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

……………………………………………..........………, Tel: …...……….……e-mail….……………..

1. Adres zamieszkania (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą):

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

PESEL (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą):

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

1. Forma prawna: ……………………………………………………………………………….....…..
2. REGON ........................................, NIP ..............................................., PKD....................................
3. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełen etat .......................
4. Rachunek bankowy w Banku ...........................................................................................................

nr ...........................................................................................................................................................

1. Stopa % składki wypadkowej w bieżącym roku: …………….……..………..………………
2. Maksymalna stawka podatku dochodowego: …………….…………

Forma opodatkowania\*:

karta podatkowa, ryczałt ewidencjonowany, księga przychodów i rozchodów, księgi rachunkowe.

1. Działalność gospodarcza prowadzona od dnia ……………..…….. w zakresie: ……….…

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

1. Osoby upoważnione do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu pracodawcy:
2. ............................................................................ stanowisko: .............................................

b) ........................................................................... stanowisko:..............................................

11. Termin wypłaty wynagrodzenia\*:

* wynagrodzenie wypłacone w miesiącu, w którym świadczono pracę
* wynagrodzenie wypłacone w miesiącu, następującym po miesiącu świadczenia pracy

\* zaznaczyć właściwe

1. **INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU:**
2. Zgłaszam możliwość organizacji prac interwencyjnych dla …......... osób od dnia ……….……………na okres 9 miesięcy.

Niewywiązanie się z zobowiązania do zatrudnienia spowoduje obowiązek zwrotu uzyskanej pomocy refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.

2. Wnioskuję o przyznanie refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i nagrody   
w kwocie ……………… oraz składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia na okres ...……….. miesięcy.

1. Miejsce pracy zatrudnionych niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających   
   w zatrudnieniu (adres):

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

4. Skierowani przez PUP niepełnosprawni poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu zostaną zatrudnieni w wymiarze czasu pracy:

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

- w systemie czasu pracy: jednozmianowym, dwuzmianowym, innym \*

- stanowiska pracy i rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowane osoby.

1. ..............................................................-.................................................................................
2. ………………………………………..-…………………………………………………….
3. ………………………………………..-…………………………………………………….

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje kierowanych osób:

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

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

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

6. Dla skierowanych niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu skierowanych przez PUP proponuję wynagrodzenie i świadczenia według zasad obowiązujących pracowników stałych, zatrudnionych u Pracodawcy na takich samych lub podobnych stanowiskach, to jest średnio w wysokości ....................................... miesięcznie.

**ZOBOWIĄZANIE PRACODAWCY:**

**Zobowiązuję się do zatrudnienia po okresie utrzymania zatrudnienia (po 9 miesiącach) ……... osobę/osób na okres minimum 1 miesiąca w ramach umowy o pracę w wymiarze minimum 1/2 etatu.**

## OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:

**Oświadczam, że:**

1. zalegam/nie zalegam\* na dzień złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych,
2. jestem/nie jestem\* w stanie likwidacji lub upadłości;
3. spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 24.06.2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłacanych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014r.poz. 864);
4. otrzymałem/nie otrzymałem\* decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem   
   i ze wspólnym rynkiem;
5. nie prowadzę/prowadzę\* działalność gospodarczą (tj. oferuję towary i usługi na rynku), w tym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
6. zapoznałem się i spełniam 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 352/9 z dnia 24.12.2013r.) lub
* Rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 352/9 z dnia 24.12.2013r.) lub
* Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. 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 dnia 28.06.2014r.)

1. spełniam/nie spełniam\* warunków o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej,   
   o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

\*niepotrzebne skreślić

\*\*wypełnić w przypadku podlegania przepisom pomocy publicznej

………………………………………….. /podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy/

**Załączniki do wniosku:**

1. Informacja o stanie zatrudnienia pracowników ogółem za okres 6 miesięcy przed wystąpieniem   
    o refundację (zał. nr 1).
2. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis (zał. nr 2) lub zaświadczenie(a) o pomocy de minimis otrzymane w okresie obejmującym bieżący rok i poprzedzające go 2 lata (dot. beneficjentów pomocy publicznej).

**3**. Oświadczenie podmiotu/osoby fizycznej (zał. nr 3).

**4**. Dokument stwierdzający prawo do prowadzenia działalności gospodarczej (aktualny wydruk KRS lub aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), lub dokument potwierdzający powołanie kierownika zakładu lub jednostki – kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem.

**5**. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (dot. beneficjentów pomocy publicznej).

Wnioski nieczytelne nie będą rozpatrywane.

# Załącznik nr 1

# 

# OŚWIADCZENIE

informacja ostanie zatrudnienia za okres 6 miesięcy \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | MIESIĄC, ROK | LICZBA PRACOWNIKÓW W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY | PRZYCZYNY EWENTUALNEGO  ZMNIEJSZENIA STANU  ZATRUDNIENIA |
|  | 1 | 2 | 3 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

**\*Nie wlicza się pracowników przebywających na urlopach wychowawczych i zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów), a także umów cywilnoprawnych.**

**Liczba zatrudnionych pracowników ogółem w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu**

**złożenia wniosku …………………**

.………………………………………………..

/podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej   
do reprezentowania Pracodawcy/

Załącznik nr 2

……………….., dnia.....................................

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

/Pieczątka Pracodawcy/

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam co następuje:

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

(Pełna nazwa Pracodawcy)

w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzające go dwa lata podatkowe przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy  **nie otrzymałem/am/ otrzymałem/am[[1]](#footnote-1)** pomoc de minimis**[[2]](#footnote-2)** w następującej wielkości:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna jej otrzymania** | **Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Forma pomocy** | **Wartość pomocy brutto** | |
| **w PLN** | **w EURO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |

………………………………………………………………………….

(Pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy)

**Klauzula informacyjna**

*Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 13 i 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Urząd informuje, że:*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy  
   w Tomaszowie Mazowieckim, ul. św. Antoniego 41, 97-200 Tomaszów Mazowieckim, tel. 44 724-68-64.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – e-mail: [iod@puptomaszow.pl](mailto:iod@puptomaszow.pl)
3. Dane osobowe Pani/Pana przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, lit. b, lit. c i lit. e oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w celu realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 ze zm.) i aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 3 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
5. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
6. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Dyrektorem Powiatowego Urzędu Pracy w Tomaszowie Mazowieckim przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. W przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Potwierdzam zapoznanie się z niniejszą klauzulą

…………………………………………………..

(data, podpis, pieczątka)

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. 2do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "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 zawartą 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 pkt a)-d), za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo. [↑](#footnote-ref-2)