



**POWIATOWY URZĄD PRACY W OPCZNIE**

ul. Rolna 6, 26-300 Opczno,

NIP 768-101-87-88

[www.opoczno.praca.gov.pl](http://www.opoczno.praca.gov.pl)

tel./fax. 755-51-00, 01, 02

REGON 590747414

e-mail: [loop@praca.gov.pl](mailto:loop@praca.gov.pl)



\_\_\_\_\_  
(pieczęć organizatora)

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

## Powiatowy Urząd Pracy w Opcznie

### W N I O S E K O ORGANIZACJĘ PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH

na zasadach określonych w art. 2 ust.1 pkt 23a, art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019r., poz. 1482 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017, poz. 2447) oraz uwzględniając **gminny roczny plan potrzeb** w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na okres \_\_\_\_\_<sup>1</sup>, wnoszę o refundowanie ze środków Funduszu Pracy wypłaconych dla osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej oraz osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielniania, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego.

#### I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ORGANIZATORZE:

1. Pełna nazwa organizatora prac społecznie użytecznych:

\_\_\_\_\_

2. Adres siedziby organizatora prac społecznie użytecznych:

\_\_\_\_\_

3. Imię i Nazwisko oraz stanowisko służbowe osób upoważnionych do podpisania porozumienia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Numer telefonu: \_\_\_\_\_ nr faxu: \_\_\_\_\_

5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: \_\_\_\_\_

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie numeru rachunku bankowego w celu realizacji porozumienia w sprawie wykonywania prac społecznie użytecznych

\_\_\_\_\_  
( podpis Organizatora )

<sup>1</sup> czas obowiązywania Porozumienia w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych, nie krócej niż 1 m-ca, max. do 31 października danego roku.

6. Dane osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie złożonego wniosku:

\_\_\_\_\_ Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ Stanowisko \_\_\_\_\_ Telefon  
7. REGON: \_\_\_\_\_ NIP: \_\_\_\_\_ PKD: \_\_\_\_\_

8. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności: \_\_\_\_\_

**II. INFORMACJA O PLANOWANYM PRZYJĘCIU OSÓB UPRAWNIONYCH W RAMACH PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH:**

1. Liczba bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej oraz liczba osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielniania, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego \* \_\_\_\_\_

2. Wnioskowany okres wykonywania prac od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

3. Nazwa zawodu \*\* \_\_\_\_\_ Nazwa stanowiska \_\_\_\_\_

4. Liczba miejsc i godzin wykonywania prac społecznie użytecznych: \_\_\_\_\_

5. Liczba godzin w miesiącu do przepracowania przez jedną osobę uprawnioną\*\*\*: \_\_\_\_\_

6. Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych wraz z oznaczeniem podmiotów, w których będą organizowane te prace:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Rodzaj wykonywanych prac społecznie użytecznych:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

W przypadku prac społecznie użytecznych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych w ramach tych prac , obejmujących w szczególności prace o charakterze pomocniczym, z wyłączeniem prac związanych z bezpośrednią opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych: \_\_\_\_\_ zł, \*\*\*\*

9. Łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym wnioskiem przewidziana do wypłaty osobom uprawnionym: \_\_\_\_\_ zł

10. Wysokość refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym wnioskiem (max.60%): \_\_\_\_\_ zł

[\*] - jeżeli podjęły uczestnictwo w tych formach w wyniku skierowania powiatowego urzędu pracy

[\*\*] - nazwa zawodu lub specjalności musi być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl)

[\*\*\*] - do 10 godz. tygodniowo

[\*\*\*\*] - min. 8,50 zł/godz.

### III. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:

#### Oświadczam, że:

1. **Nie zalegam / zalegam \*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, 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.

**Świadomy odpowiedzialności prawnej wynikającej z przekazania nieprawdziwych informacji oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.**

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

podpis Organizatora

### OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem 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) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) dla celów wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.).

.....

( podpis i pieczęć Organizatora )

#### Załącznik, który należy dołączyć do wniosku:

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną organizacyjno - prawną organizatora
2. Kserokopię zaświadczenia o wyborze na stanowisko Burmistrza/Wójta
3. Kserokopia zaświadczenia o wyborze na stanowisko Skarbnika Gminy.

\*niepotrzebne skreślić

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) i na podstawie ustawy z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w urzędzie jest Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Opocznie, ul. Rolna 6, 26-300 Opoczno.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych- iod@pupopoczno.pl
3. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze tj. w szczególności na podstawie:
  - ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
  - ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
  - ustawy z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych
  - ustawa o finansach publicznych z dnia 27.08.2009r.
  - ustawa o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30.04.2004r.
  - innych aktów prawnych w których określone są zadania realizowane przez Urząd Pracy.
4. Pani/Pana dane osobowe, gromadzone i przetwarzane są w celu złożonego wniosku o organizację prac społecznie użytecznych, a następnie w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w zakresie niezbędnym do podpisania i realizacji porozumienia o organizację prac społecznie użytecznych, oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń.
5. Przetwarzane dane są udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych są:
  - sądy, organy ścigania, komornicy sądowi, banki i inne organy państwowe
  - inne podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych np. operatorzy pocztowi usług teleinformatycznych, usług prawnych i doradczych.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Opocznie. Pana/Pani dane osobowe przekazywane są do rejestru centralnego, prowadzonego przez właściwego ministra, w którym będą przetwarzane przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego w którym zakończono udzielanie pomocy.
7. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Opocznie i wynika z przepisów prawa.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

**Zapoznałam/zapoznałem się z treścią informacji**

---

( podpis )