



9. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: _____

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego rachunku bankowego w celu wypłaty refundacji

.....
(podpis Pracodawcy)

10. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom

- ☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
☐ do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

11. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe _____

12. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym (odpowiednie zaznaczyć):

- ☐ karta podatkowa ☐ księga przychodów i rozchodów
☐ pełna księgowość ☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

13. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc:

- a) **mikro** - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro,
b) **małe** - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro,
c) **średnie** - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne nie przekraczają 50 mln euro i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro.
d) **pozostałych – nie mieszczących się w kategoriach wymienionych wyżej**

14. Liczba zatrudnionych pracowników¹ w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

Lp.	Miesiąc, Rok	Liczba zatrudnionych pracowników ogółem ¹	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ¹	Sposób rozwiązywania umowy o pracę
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku wynosi ogółem _____ osób, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy _____ osób.

¹ Do zatrudnionych nie zalicza się:

- uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,
- osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia,
- osób przebywających na urloпах wychowawczych oraz bezpłatnych powyżej 30 dni.

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA

1. Liczba osób bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy: _____
2. Wnioskowany okres refundacji prac interwencyjnych od _____ do _____
3. Okres zatrudnienia po okresie refundacji prac interwencyjnych wskazanych w punkcie 2 od _____ do _____
4. Deklaruję dalsze zatrudnienie skierowanej/ych osoby/ób bezrobotnej/ych po zakończeniu okresu wskazanego w punkcie 3 na okres _____ miesięcy (minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 30 dni).
5. Miejsce wykonywanych prac _____

6. Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy _____

7. Proponowane wynagrodzenie dla skierowanych bezrobotnych: _____
8. Wnioskowana wysokość refundacji: _____
9. Wymiar czasu pracy: _____
10. Zmianowość: _____
11. Godziny pracy: _____
12. Szczegółowe dane dotyczące: liczby osób, kwalifikacji, zawodów.

Nazwa stanowiska	Nazwa zawodu*	Ilość miejsc pracy	Kwalifikacje (wykształcenie, uprawnienia, umiejętności, staż pracy)	
			Niezbędne	Pożądane

*nazwa zawodu lub specjalności musi być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy www.psz.praca.gov.pl

III. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY

OŚWIADCZAM, ŻE:*

(Pełna nazwa organizatora lub pracodawcy u którego wykonywane będą prace interwencyjne)

(adres siedziby)

☐ **jest**

☐ **nie jest**

beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniach w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 362 z późniejszymi zmianami)

Jednocześnie 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 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 toczy się/toczy się*** w stosunku do podmiotu postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
4. **Nie posiadam/posiadam*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. Spełniam warunki określone w 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).
6. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
7. Spełniam warunki rozporządzenia 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) lub spełniam warunki 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 z 24.12.2013 r., str. 9) - **dotyczy tylko beneficjentów pomocy publicznej.**
8. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał /nie uzyskał*** pomoc publiczną, która **kumuluje się /nie kumuluje się*** z wnioskowaną pomocą.
9. **Zobowiązuje się utrzymać w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego przez okres (właściwe zaznaczyć):**
 - ☐ **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne (w przypadku prac interwencyjnych trwających do 6 miesięcy)
 - ☐ **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne (w przypadku prac interwencyjnych trwających do 12 miesięcy lub dłużej).

W przypadku niewywiązania się z tego warunku umowy lub naruszenia innych jej warunków zobowiązuje się do zwrotu uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi, naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doreczenia wezwania starosty.

Będąc 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.

pieczęć i podpis Pracodawcy

* właściwe zakreślić

IV. ZAŁĄCZNIKI

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego formę prawną prowadzonej działalności (w przypadku: spółki cywilnej - dodatkowo umowa spółki cywilnej, spółki z o.o., spółki akcyjnej, stowarzyszeń i innych podmiotów podlegających obowiązkowi wpisu do KRS należy przedłożyć aktualny odpis z KRS-u) lub wydruk z CEIDG.
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy oraz do składania oświadczeń woli w jego imieniu, pełnomocnictwo nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania pracodawcy w odnośnym dokumencie rejestrowym.
3. Zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek – na żądanie Urzędu.
4. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach lub stwierdzające stan zaległości – na żądanie Urzędu.
(Okres ważności ww. zaświadczeń wynosi 3 miesiące od daty wystawienia).
5. **Beneficjenci pomocy publicznej do wniosku dołączają:**
 - a. informacja o otrzymaniu/nie otrzymaniu pomocy de minimis (załącznik nr 1 do wniosku),
 - b. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 2 do wniosku).

UWAGA!

Przy rozpatrywaniu wniosku będzie brana pod uwagę dotychczasowa współpraca Wnioskodawcy z Urzędem Pracy (realizacja wymogów wynikających z dotychczas zawieranych umów).

pieczęć i podpis Pracodawcy

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 (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 późniejszymi zmianami).

pieczęć i podpis Pracodawcy

**INFORMACJA O POMOCY PUBLICZNEJ DE MINIMIS OTRZYMANEJ PRZEZ PODMIOT
W ROKU W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT**

A. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODMIOTU, KTÓRY OTRZYMAŁ POMOC PUBLICZNĄ

1. Pełna nazwa (firma) podmiotu _____
2. Adres lub siedziba podmiotu _____
3. Numer identyfikacyjny REGON _____
4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) _____

POMOC PUBLICZNA DE MINIMIS OTRZYMANA W ROKU W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT

L.p.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielania pomocy	Wartość pomocy w PLN (brutto)	Wartość pomocy w EUR (brutto)
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Razem:					

Do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc informacji o wartości pomocy udzielonej w roku w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat, pomoc nie może być udzielona temu podmiotowi zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 362 z późniejszymi zmianami)

Jednocześnie oświadczam, że nie otrzymałem/otrzymałem* inną pomoc ze środków publicznych, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych.

Zgodnie z art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 362 z późniejszymi zmianami) podmiot, który otrzymał inną pomoc niż pomoc de minimis zobowiązany jest do przedstawienia informacji otrzymanej pomocy publicznej.

* Niepotrzebne skreślić

.....
(podpis Pracodawcy)

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 organizowanie prac interwencyjnych a następnie w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku w zakresie niezbędnym do podpisania i realizacji umowy o organizowanie prac interwencyjnych, 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 Pracodawcy)