



.....  
/pieczęć pracodawcy/

Opczno, dnia .....

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Opcznie**

**WnPI/20/.....**  
(wypełnia PUP)

**WNIOSEK  
o organizowanie prac interwencyjnych**

*na zasadach określonych w art.51, art. 56 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późniejszymi zmianami) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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), ustawą 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), rozporządzeniem 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), rozporządzeniem 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)*

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

1. Nazwa pracodawcy \_\_\_\_\_

2. Adres siedziby \_\_\_\_\_

Miejsce prowadzenia działalności \_\_\_\_\_

3. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisywania umowy:

\_\_\_\_\_ Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ Stanowisko

\_\_\_\_\_ Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_ Stanowisko

4. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do występowania w imieniu pracodawcy:

\_\_\_\_\_ stanowisko \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

5. NIP       REGON            PKD \_\_\_\_\_

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

7. Data rozpoczęcia działalności: \_\_\_\_\_

8. Wniosek złożony na zasadach (właściwe zaznaczyć):

Pomocy de minimis na zasadach rozporządzenia KE (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.1)	
Wsparcia (dla jednostek nie będących beneficjentem pomocy publicznej)	



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 pracowników<sup>1</sup> w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

Lp.	Miesiąc, Rok	Liczba zatrudnionych pracowników ogółem <sup>1</sup>	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy <sup>1</sup>	Sposób rozwiązania 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.

<sup>1</sup> 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/y osoby/ób bezrobotnej/yh 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](http://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 doręczenia 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)

\* właściwie 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. Kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania pracodawcy udzielone przez osoby uprawnione (nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania Pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym, który został przedłożony).
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)
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<b>Razem:</b>					

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 Rzeczowego 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)