



Powiatowy Urząd Pracy  
w Opocznie

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

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Opocznie**

**WnPI/25/.....**  
(wypełnia PUP)

## **W N I O S E K** **o organizowanie prac interwencyjnych**

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.),
- Rozporządzenie 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 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 702 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L z 2023r. poz. 2831 z 15.12.2023r.),
- Rozporządzenie 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, ze zm.)
- Rozporządzenie 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 z 28.06.2014r., str. 45, z późn. zm.).

<b>I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH</b>
---

1. Nazwa pracodawcy \_\_\_\_\_
2. Adres siedziby \_\_\_\_\_  
Miejsce prowadzenia działalności \_\_\_\_\_
3. Numer NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_ PKD \_\_\_\_\_
4. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Data rozpoczęcia działalności: \_\_\_\_\_
6. Adres poczty elektronicznej e – mail: \_\_\_\_\_
7. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe \_\_\_\_\_
8. Imię, nazwisko i numer telefonu osoby uprawnionej do kontaktu z Urzędem w imieniu pracodawcy:  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

9. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy:

\_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko

\_\_\_\_\_

Stanowisko

\_\_\_\_\_

Imię i Nazwisko

\_\_\_\_\_

Stanowisko

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

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego rachunku bankowego w celu wypłaty refundacji*

\_\_\_\_\_

/podpis Pracodawcy/

11. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom

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

12. Liczba zatrudnionych pracowników<sup>1</sup> na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

\_\_\_\_\_

**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/yh osoby/ób bezrobotnej/yh po zakończeniu okresu wskazanego

w punkcie 3 na okres \_\_\_\_\_ miesięcy (*minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 90 dni*).

5. Miejsce wykonywanych prac \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<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.

6. Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

7. Proponowane wynagrodzenie dla skierowanych bezrobotnych brutto: \_\_\_\_\_

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:\***

Ubiegam się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej:

**TAK**  **NIE**

**W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej, proszę o wskazanie właściwego aktu normatywnego, który będzie miał zastosowanie:**

- Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
- 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 ze zm.);
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 z dnia 28.06.2014 r. str. 45, ze zm.).

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. **Przyjmuję do wiadomości**, że Powiatowy Urząd Pracy może nie przyjąć oferty pracy w szczególności jeżeli pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia prawa pracy.
6. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
7. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Opocznie zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
8. **Zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Opocznie otrzymam pomoc de minimis.
9. Podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się/znajduje się\*** w grupie podmiotów, jak również, **nie jest/jest\*** powiązany osobiście, organizacyjnie, gospodarczo, finansowo z osobami i podmiotami, wykazanymi na Liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne – prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w ustawie z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2024 poz. 507).
10. Podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się/znajduje się\*** w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006- wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom.

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.

\_\_\_\_\_  
Data, pieczęć i podpis Pracodawcy

#### IV. ZAŁĄCZNIKI

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną istnienia podmiotu:
  - a) Wydruk z CEIDG
  - b) W przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć uwierzytelnioną kserokopię umowy spółki cywilnej oraz wydruk z CEIDG wszystkich wspólników,
  - c) W przypadku spółek z o.o., spółek akcyjnych, stowarzyszeń i innych podmiotów podlegających obowiązkowi wpisu do KRS, należy przedłożyć aktualny wydruk KRS,
  - d) W przypadku Urzędów Miast/Gmin należy przedłożyć uwierzytelnioną kserokopię zaświadczenia o wyborze na stanowisko burmistrza/wójta,
  - e) W przypadku szkół, przedszkoli należy przedłożyć uwierzytelnioną kserokopię aktu założycielskiego szkoły, przedszkola
2. Pełnomocnictwo notarialne 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. Dokument dotyczący powołania lub mianowania osoby upoważnionej do podpisania umowy\*\*
4. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach lub stwierdzające stan zaległości – na żądanie Urzędu. **(Okres ważności w/w zaświadczenia wynosi 3 miesiące od daty wystawienia)**
5. **Beneficjenci pomocy publicznej do wniosku dołączają:**
  - a) oświadczenie o otrzymanej 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!**

1. **Przy rozpatrywaniu wniosku będzie brana pod uwagę dotychczasowa współpraca Pracodawcy z Urzędem Pracy (realizacja wymogów wynikających z dotychczas zawieranych umów).**
2. **W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku do Powiatowego Urzędu Pracy w Opocznie, Pracodawca zostanie poinformowany o sposobie rozpatrzenia wniosku.**

\* właściwe zaznaczyć

\*\* nie dotyczy przedsiębiorców

## **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, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Michał Zaborowski tel. 44 755-51-00 do 02 - 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 rozpatrzenia 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, przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego w którym zakończono udzielenie pomocy. Pana/Pani dane osobowe przekazywane są do rejestru centralnego, prowadzonego przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego w którym zakończono udzielenie 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/