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

(miejscowość, data)

……………………………….

(pieczęć pracodawcy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | wpłynęło |  |

**Starosta Białogardzki**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Białogardzie**

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

Podstawa prawna:

* **art. 135 ust. 1 oraz art. 138** ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

(Dz. U. z 2025 r., poz. 620 ),

**I. Dane dotyczące pracodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy ...............................................................................................................................................................
2. Adres siedziby ...............................................................................................................................................................
3. Miejsce prowadzenia działalności ...............................................................................................................................................................
4. Telefon/ e-mail ...............................................................................................................................................................
5. NIP ....................................................................., REGON ................................................................., PKD…….......................
6. Nazwa banku i numer konta firmowego

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

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

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ...............................................................................................................................................................
2. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……….……………………………………………………………………………………………….
3. Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Pracodawcy i zaciągania zobowiązań umownych:

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

 (imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko) (pesel)

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

(imię i nazwisko) (zajmowane stanowisko) (pesel)

**II. Dane dotyczące organizacji planowanych prac interwencyjnych:**

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: .................
2. Imię i nazwisko bezrobotnego (-ych) proponowanego (-ych) do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych: ………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Kwalifikacje oraz inne wymogi, które powinny spełniać kierowane osoby bezrobotne (wykształcenie, zawód, uprawnienia, umiejętności) ……………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych: ..........................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Stanowiska oraz rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowanych bezrobotnych:

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

1. Proponowane wynagrodzenie (brutto) ………………………………………………………. zł/m-c
2. Wymiar czasu pracy: …………………..................... Zmianowość ……………..………………… Godziny pracy: od …..……… do …….…….
3. Termin wypłaty wynagrodzenia (proszę zaznaczyć znakiem x właściwą odpowiedź)
* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
* do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni,
1. Okres zatrudniania:

w ramach prac interwencyjnych: od……………..………….…. do………..……..…….…………

po okresie prac interwencyjnych: od…………..…..……….….. do…………....….………………

1. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów, poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych ………………………… zł/m-c.
2. Wysokość składki wypadkowej wynosi ...................%.

**III. Oświadczenie pracodawcy:**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oświadczam/y, że:**

1. **Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**
2. Skierowani bezrobotni otrzymują wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
3. W stosunku do Pracodawcy (firmy) nie toczy się postępowanie upadłościowe, ani likwidacyjne.
4. **Byłem/nie byłem**\* w okresie ostatnich 2 lat prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r., poz. 17 z późn. zm.), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r. poz. 628 z późn. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego
5. **Zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku
	1. z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
	2. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne
	3. opłacaniem innych danin publicznych
6. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2381 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 15.12.2023).
7. **Jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy 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.).

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

 (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

\* niewłaściwe skreślić

**IV. Załączniki do wniosku o organizację prac interwencyjnych:**

1. Załącznik Nr 1 – wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymanej w okresie wskazanym odpowiednio w art. 3 ust. 2 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*, art. 3 ust. 2 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 albo art. 3 ust. 2 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 albo oświadczenie o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie;
2. Załącznik Nr 2 **–** Formularzinformacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024 r. poz. 1206);
3. Załącznik Nr 3 – Zgłoszenie krajowej oferty pracy (wypełnić dla każdego stanowiska oddzielnie).

**Załączniki Nr 1 i 2 zobowiązani są złożyć wyłącznie beneficjenci pomocy publicznej.**

**Uwaga: Kserokopie przekładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy. Wnioski bez kompletu dokumentów nie będą rozpatrywane. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia dokumentów.**

.

**WYJAŚNIENIE:**

1. Starosta na podstawie zawartej umowy zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy na okres od 3 do 12 miesięcy skierowanych bezrobotnych, część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdą osobę bezrobotną, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca.
2. Bezrobotny może być skierowany do prac interwencyjnych do przedsiębiorcy niezatrudniającego pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców.
3. Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, bierze pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.
4. Pracodawca stosownie do zawartej umowy, zatrudnia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.
5. Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych i robót publicznych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni, bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac lub robót u danego pracodawcy.

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

 (miejscowość i data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ/ NIEOTRZYMANEJ**

**POMOCY DE MINIMIS**

w zakresie wynikającym z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 poz. 702 z późn. zm.).

Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam/y, że:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | w okresie trzech poprzedzających lat nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołóstwie |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  | w ostatnich trzech poprzedzających latach uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołóstwie w wysokości: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  | w PLN |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | w EUR |  |   |

* **otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)**\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*.

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy)

**Informacja dla podmiotu, który wnioskuje do BIG InfoMonitor o ujawnienie danych**

Jest to treść wzorcowego upoważnienia firmy. Wymagamy go, gdy składasz do nas wniosek o ujawnienie danych gospodarczych z Biura Informacji

Kredytowej S.A. i Związku Banków Polskich.

**Informacja dla firmy, która udziela upoważnienia**

Należy wypełnić, podpisać i przybić pieczęć na upoważnieniu, jeśli zgadzają się Państwo, aby podmiot, któremu chcą Państwo udzielić poniższego upoważnienia, uzyskał na temat Państwa firmy dane gospodarcze z Biura Informacji Kredytowej S.A. i Związku Banków Polskich. Taka weryfikacja ma na celu sprawdzenie wiarygodności płatniczej Państwa firmy. Wykreślenie konkretnej zgody powoduje brak możliwości pozyskania informacji czy danych.

|  |
| --- |
| **Dane Państwa firmy** |
| **Nazwa** |  |
| **NIP** |  | **REGON** |  |

**UPOWAŻNIENIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma**  |  |

Nazwa Państwa firmy

|  |  |
| --- | --- |
| **Upoważnia** | **STAROSTA BIAŁOGARDZKI- POWIATOWY URZĄD PRACY W BIAŁOGARDZIE** |

*nazwa i adres podmiotu, który wnioskuje do BIG InfoMonitor S.A. o ujawnienie danych*

do pozyskania:

1. z Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Zygmunta Modzelewskiego 77a

(BIG InfoMonitor)

* + informacji o zapytaniach złożonych na temat mojej firmy w ostatnich 12 miesiącach oraz
1. z Biura Informacji Kredytowej S.A. (BIK) i Związku Banków Polskich (ZBP) - za pośrednictwem BIG InfoMonitor
	* danych gospodarczych w zakresie niezbędnym do dokonania oceny wiarygodności płatniczej i oceny ryzyka

kredytowego.

**Data i podpis**

**Podstawa prawna:**

Art. 27 Ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 roku o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych (Ustawa o BIG).

Art. 105 ust. 4a i 4a1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku – Prawo bankowe w związku z art. 13 Ustawy o BIG.

|  |
| --- |
| **Informacja przeznaczona dla:*** **osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą\***
* **osób reprezentujących firmę\*\***
 |
| 1. Administratorami Państwa danych osobowych są\*/\*\*: | Dyrektor PUP w Białogardzie | BIG InfoMonitor S.A. | Biuro Informacji Kredytowej S.A. | Związek BankówPolskich |
| 2. Z administratorami można się skontaktowaćpisemnie pod adresem ich siedziby lube-mailowo\*/\*\*: | pup@pupbialogard.pl | info@big.pl | info@bik.pl | kontakt@zbp.pl |
| 3. Administratorzy wyznaczyli inspektorów ochrony danych, z którymi można się skontaktować pisemnie pod adresemsiedziby administratora lub e-mailowo\*/\*\*: | iodo@pupbialogard.pl | iod@big.pl | iod@bik.pl | iod@zbp.pl |
| 4. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach, które dotyczą przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw z tym związanych.\*/\*\* |
| 5. Administratorzybędą przetwarzaćPaństwa dane w określonych celach: | Podmiot, któremu udzielono upoważnienia, aby:* weryfikować Państwa uprawnienia do podpisania upoważnienia w imieniu firmy - będzie w ten sposób realizować swój uzasadniony interes jako administratora danych\*\*;
* pozyskać informacje gospodarcze, dane gospodarcze, informacje o zapytaniach lub weryfikować

wiarygodność płatniczą. Będzie to robić na podstawie Państwa upoważnienia. | BIG InfoMonitor, aby:- udostępnić informacje gospodarcze lub weryfikować jakośćdanych na zlecenie podmiotu, któremu udzielono upoważnienia– będzie w ten sposób realizować swój uzasadniony interes jakoadministratora danych (jest to podstawa przetwarzaniaPaństwa danych osobowych);* udostępnić informacje o zapytaniach – będzie to robić na podstawie Państwa zgody (jest to podstawa przetwarzania Państwa danych osobowych);
* prowadzić Rejestr Zapytań i w ten sposób realizować obowiązek określony w art. 27 Ustawy o BIG;
* weryfikować Państwa uprawnienia do podpisania

upoważnienia w imieniu firmy - będzie w ten sposób realizować swój uzasadniony interes jako administratora danych.\*\* | BIK i ZBP, aby udostępnić dane gospodarcze – będzie w ten sposób realizować swój uzasadniony interes jako administratora danych (jest to podstawa przetwarzania Państwa danych osobowych).\* |
| 1. Podmiot, któremu udzielono upoważnienia, BIG InfoMonitor, BIK oraz ZBP przetwarzają Państwa dane osobowe w zakresie: nazwa firmy\*/imię i

nazwisko\*\*, NIP\*, REGON\*.1. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być firmy, które obsługują systemy teleinformatyczne lub świadczą inne usługi IT na rzecz podmiotu, któremu udzielono upoważnienia, BIG InfoMonitor, BIK lub ZBP. Uzyskują je one w zakresie niezbędnym do tego, aby realizować cele, w jakich przetwarzają te dane.\*/\*\*
2. Macie Państwo prawo:
	1. dostępu do swoich danych\*/\*\*,
	2. żądać ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania\*/\*\*,
	3. wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych – w zakresie, w jakim podstawą ich przetwarzania jest prawnie uzasadniony interes

administratora\*/\*\*,* 1. wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych – w zakresie, w jakim podstawą ich przetwarzania jest Państwa zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem\*,
	2. przenosić swoje dane osobowe – w zakresie, w jakim administrator przetwarza je na podstawie Państwa zgody lub w celu realizacji zawartej z Państwem umowy. Gdy chcecie Państwo przenieść dane, administrator przekazuje je Państwu w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Możecie Państwo przesłać je innemu administratorowi danych. Prawo do przenoszenia danych nie dotyczy danych, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa podmiotu, któremu udzielono upoważnienia \*,
	3. wnieść skargę do organu nadzorczego, który zajmuje się ochroną danych osobowych.\*/\*\*
 |