**Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr 11/2021**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Dąbrowie Tarnowskiej z dnia 10.02.2021r.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***obrazek zawiera logo PUP*** |  | **Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej** |

**CAZ.610.1.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_**

WNIOSEK o zorganizowanie prac interwencyjnych dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu finansowanego ze środków PFRON

**na zasadach określonych w:**

* art. 51, lub 56, lub 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* 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)
* Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2020r. poz. 426 z późn. zm.)
1. Nazwa pracodawcy: ................................................................................................

Adres siedziby: ……………………………………………………………………………

Miejsce prowadzenia działalności: ...........................................................................

reprezentowany przez ..............................................................................................

1. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności ……................ ……………………………………………………………………………………………….
2. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ............................................................
3. Rodzaj prowadzonej działalności ............................................................................. ..................................................................................................................................
4. REGON ...................................., NIP ................................, PKD 2007 .....................
5. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe ........................................................
6. Nr rachunku bankowego ……………………………………………………………...….

……………………………………………………………………………………………….

1. Liczba osób proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych ..................................................................................................................................
2. Proponowany okres zatrudnienia skierowanych osób od .................................................... do  ................................................................ , w tym okres refundacji od ………………….…….... do ………………………………. .
3. Nazwa stanowiska pracy dla skierowanej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy……………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………….… ……………………………………………………………………………………………….
4. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy kierowanej na miejsce interwencyjne: niezbędne………………….......................................................................................................................................................................................................................... pożądane………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowaną osobę niepełnosprawną poszukującą pracy: ……................................................................ .................................................................................................................................. ..............................………………………………………………………………………...
6. Miejsce wykonywania prac interwencyjnych: …..……………………………………… ……………………………………………………………………………………………….
7. Zmianowość: ........................................ Godziny pracy: ...........................................
8. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanej osoby: ……................................wymiar czasu pracy…………………………………………..
9. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów wynagrodzenia ……..........................................................................................................................
10. Osoba do kontaktu ze strony pracodawcy ............................................................... nr telefonu ................................................... w godzinach od ................ do ….........
11. Aktualnana dzień złożenia wniosku) liczba pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę ..................................................,

**UWAGA!**

* do liczby pracowników wskazywanych w pkt 18 **nie wlicza się** pracowników przebywających na urlopach bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów).

 **Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

|  |  |
| --- | --- |
| ...............................................(miejscowość, data)  | ..............................................................................(pieczątka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej) |

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam w imieniu swoim, lub pracodawcy/przedsiębiorcy, którego reprezentuje, że pracodawca, lub przedsiębiorca:

1. **Zalega/nie zalega****[[1]](#footnote-1)\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
2. **Posiada/nie posiada**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
3. Zakład pracy **jest/nie jest**\*w stanie likwidacji lub upadłości.
4. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **został/ nie został**\*skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **jest/nie jest**\*objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
5. W okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku **był / nie był\*** karanyza przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 60 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2020r. poz. 1444 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2020r. poz. 358).
6. **Prowadzi / Nie prowadzi**\* działalności gospodarczej w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
7. **Spełnia/Nie spełnia/Nie dotyczy**\*warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352.1 z 24.12.2013r.).
8. **Spełnia/Nie spełnia/Nie dotyczy**\*warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352.9 z 24.12.2013).
9. **Spełnia/Nie spełnia/Nie dotyczy**\*warunki rozporządzenia 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* mininmisw sektorze rybołówstwa i akwakultury.
10. Znana jest mi treść i spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłacanych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864).
11. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem zatrudnionym w ramach prac interwencyjnych zobowiązuję się poinformować Powiatowy Urząd Pracy niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni.
12. **Zobowiązuje się**\* do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.
13. **Zobowiązuję się utrzymać[[2]](#footnote-2):**
* **utworzone miejsce(a) pracy przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne**,
* **utworzone miejsce(a) pracy przez okres 6 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne**.
1. **Jestem/Nie jestem****[[3]](#footnote-3)\*** pracodawcą/przedsiebiorcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.
2. W przypadku niewywiązania się z warunku, o którym mowa w pkt. 13 lub naruszenia innych warunków umowy **zobowiązuję 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.
3. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowaną osobę niepełnosprawną poszukującą pracy, rozwiązania z nią umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu 3 lub 6 miesięcy, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy inną osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanej osoby na zwolnione stanowisko pracy, **zobowiązuję się do zwrotu** uzyskanej pomocy w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
4. **Zobowiązuje się/ nie zobowiązuje**\*się do utrzymania zatrudnienia skierowanej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy przez **okres co najmniej 1-go miesiąca**, po upływie ustawowego okresu zatrudnienia, o którym mowa w pkt 13.

**Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji, oświadczam, że niniejsze oświadczenia, są zgodne z prawdą.**

|  |  |
| --- | --- |
| ...............................................(Miejscowość, data) | ..............................................................................(pieczątka i podpis pracodawcy/osoby upoważnionej |

**Załączniki:**

* Umowa spółki w przypadku gdy wnioskodawca jest spółką cywilną,
* Oświadczenie o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis oraz pomocy publicznej – **załącznik nr 1 (dotyczą podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej)**
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis –**(dotyczą podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej)**

**Załącznik Nr 3 do Zarządzenia nr 6/2020**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

 **w Dąbrowie Tarnowskiej**

**z dnia 27 stycznia 2020r.**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**DLA OSOBY FIZYCZNEJ – PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY LUB INNEGO PODMIOTU KORZYSTAJĄCEGO Z FORM POMOCY OKREŚLONYCH W USTAWIE O PROMOCJI ZATRUDNIENIA I  INSTYTUCJACH RYNKU PRACY (\*)**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, zwanego dalej „rozporządzeniem”) Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej informuje, że:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych (ADO) jest Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej z  siedzibą w Dąbrowie Tarnowskiej przy ul. Marsz. J. Piłsudskiego 33, reprezentowany przez Dyrektora.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych (IOD) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej: iod@pupdt.pl
3. Pani /Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji form pomocy w zakresie usług i instrumentów rynku pracy

w ramach:

* ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* aktów wykonawczych o randze rozporządzenia do wyżej wymienionej ustawy,
* innych aktów prawnych o randze ustawy lub rozporządzenia, które w sposób bezpośredni lub pośredni odnoszą się do zakresu i sposobu wykonywania przez PUP obowiązków i zadań wynikających z przepisów prawa, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia RODO, a ich podanie jest również warunkiem niezbędnym do zawarcia umowy. Ponadto, gdy Pan/Pani zawarł/zawarła umowę cywilno-prawną w ramach form pomocy określonych ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, to dane przetwarzane będą również w  celu wykonania i dochodzenia do obrony przed roszczeniami wywodzonymi z umowy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia RODO.
1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą inne organy upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi zawarto umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu realizacji gromadzenia danych w związku z realizacją usług i instrumentów rynku pracy na podstawie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane nie dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa. Okres przechowywania danych osobowych, ze względu na wymogi archiwalne, jest zgodny z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz jednolitym rzeczowym wykazem akt Urzędu.
3. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania w przypadkach przewidzianych przepisami prawa a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie należących do Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia RODO.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w związku z przepisami Ustawy z  dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktami wykonawczymi do ww. ustawy i będą udostępniane innym organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości skorzystania z usług i instrumentów rynku pracy przewidzianych w ustawie.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej, chyba że obowiązek udostępnienia danych będzie wynikał z odrębnych przepisów.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Potwierdzam zapoznanie się z treścią powyższej informacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………………………..** | **………………………………………………………** |
| */miejscowość , data/* | */podpis osoby, której dane będą przetwarzane przez Administratora/* |

**Załącznik nr 1 do Wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy**

# OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU LUB NIEOTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS ORAZ POMOCY PUBLICZNEJ

**Oświadczam, że**

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

(nazwa podmiotu lub imię i nazwisko, adres)

**w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat**

➢ **otrzymał(a) / nie otrzymał(a)****[[4]](#footnote-4)\*** środki stanowiące pomoc de minims*,*

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy wypełnić poniższe zestawienie :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w EURO |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| **Łącznie**  |  |

➢ **otrzymał(a) / nie otrzymał(a)**\* środki stanowiące inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis

**Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych informacji, oświadczam, że złożone oświadczenie jest zgodne z prawdą.**

|  |  |
| --- | --- |
| ...............................................(Miejscowość, data) | ..............................................................................(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania |

# OPINIA DORADCY KLIENTA

PUP **posiada / nie posiada** możliwości zabezpieczenia potrzeb kadrowych Wnioskodawcy.

Uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……….……………………………./data i podpis Doradcy Klienta/

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe zakreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)