

**POWIATOWY URZĄD PRACY W WADOWICACH**

ul. Mickiewicza 27; 34-100 Wadowice

🕿 tel. 33 873 71 00 | 33 873 50 20 | 33 873 50 21 **|** 33 823 22 32

**e-mail: pup@wadowice.praca.gov.pl wadowice.praca.gov.pl**

Potwierdzenie przyjęcia wniosku:

Nr wniosku:

PRP-5521 - …………. /2025

…………………………………………………….  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**Starosta Wadowicki**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Wadowicach**

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE**

**PRAC INTERWENCYJNYCH**

|  |
| --- |
|  |

……………………………………….. ……………………………………

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (Miejscowość, data)

Na zasadach określonych w:

* Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

**Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku należy dokładnie zapoznać się z jego treścią oraz ZASADAMI dokonywania z Funduszu Pracy refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych obowiązującymi w PUP Wadowice, dostępnymi na stronie Urzędu: wadowice.praca.gov.pl**

**Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego celu wyznaczonym punkcie.**

**Wszystkich poprawek należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli poszczególne rubryki nie znajdą w konkretnym przypadku zastosowania, należy wpisać „nie dotyczy”. Proszę nie modyfikować i nie usuwać elementów wniosku.**

**Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.**

**Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.**

**WNIOSKUJĘ**

## o refundację kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych.

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**
2. Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko…………………………………………………………………….

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

telefon ..............................fax .............................. e-mail……………………………………..

1. Adres siedziby……………………………………………………………………………………………………….

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

1. Adres do doręczeń………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………
2. Miejsce prowadzenia działalności…………………………………………………………………………….

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

1. NIP ---, REGON ,
2. Rodzaj przeważającej działalności wg Polskiej Klasyfikacji Działalności: Kod PKD 2007/2025\*

\* *niepotrzebne skreślić,*

1. Data rozpoczęcia działalności....................................................................................
2. Numer rachunku bankowego

1. Forma prawna: spółka cywilna\*, spółka prawa handlowego\*, działalność gospodarcza\*, jednostka państwowa\*, spółdzielnia\*lub inne\*……………………………
2. Osoby reprezentujące Wnioskodawcę (imiona, nazwiska oraz stanowiska/funkcje – *proszę wymienić wszystkie osoby*):

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

1. Osoby zarządzające Wnioskodawcą (imiona, nazwiska oraz stanowiska/ funkcje – *proszę wymienić wszystkie osoby*):

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

1. Osoby upoważnione do reprezentowania Wnioskodawcy i podpisania umowy:

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

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

*imię i nazwisko stanowisko / funkcja*

1. Osoba upoważniona do kontaktu z PUP w sprawie złożonego wniosku:

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

*imię i nazwisko stanowisko służbowe*

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

*nr telefonu e-mail*

1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe ……….%
2. Na dzień złożenia wniosku :

– ogólna liczba zatrudnionych pracowników wynosi ...................... osób,

– ogólna liczba pracowników w przeliczeniu na pełny etat wynosi ...................... osób *(liczbę podać z dwoma miejscami po przecinku).*

1. **INFORMACJA O DOTYCHCZASOWEJ WSPÓŁPRACY Z PUP W WADOWICACH**
2. Czy Wnioskodawca w ostatnich 12 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku korzystał ze środków Funduszu Pracy\*:

TAK  NIE

1. Czy Wnioskodawca był organizatorem stażu dla osób bezrobotnych i staż ten został przerwany\*:
2. przez starostę – z uwagi na nierealizowanie przez organizatora programu stażu lub niedotrzymywanie warunków jego odbywania:

TAK  NIE  NIE DOTYCZY

1. przez organizatora stażu – bez uzasadnionej przyczyny:

TAK  NIE  NIE DOTYCZY

*\*Proszę zaznaczyć właściwe*

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH: Jeżeli wniosek złożony jest na organizowanie prac interwencyjnych na różnych stanowiskach pracy – część III wniosku należy wypełnić dla każdego stanowiska oddzielnie.**
2. Nazwa stanowiska pracy dla skierowanej osoby bezrobotnej:

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

2. Nazwa i kod zawodu wg klasyfikacji zawodów i specjalności *(Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania - klasyfikacja dostępna na stronie* [***wadowice.praca.gov.pl***](http://www.psz.praca.gov.pl/) ***→ Rynek pracy → Baza danych → Klasyfikacja zawodów i specjalności****):*

3. Liczba osób planowanych do zatrudnienia:

- *w tym osoby niepełnosprawne:*

4. Rodzaj pracy, ogólny zakres obowiązków:

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

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

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

5. Miejsce wykonywania pracy:

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

6. Organizuje transport dla skierowanej osoby bezrobotnej na miejsce zlecenia:   
**TAK\* / NIE\***

*\* niepotrzebne skreślić,*

7. Informacja o wymaganych kwalifikacjach, umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym **niezbędnym do wykonywania pracy,** jakie powinny posiadać skierowane osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NIEZBĘDNE LUB POŻĄDANE KWALIFIKACJE (właściwe zaznaczyć „X”)** | | | | | |
| **Poziom wykształcenia** | **niezbędne** | **pożądane** | **Kierunek wykształcenia**  (jeżeli dotyczy) | **niezbędne** | **pożądane** |
| Brak lub niepełne podstawowe |  |  |  |  |  |
| podstawowe / gimnazjalne |  |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe/ branżowe |  |  |  |  |  |
| średnie (w tym policealne) |  |  |  |  |  |
| wyższe (w tym licencjat) |  |  |  |  |  |
| **Umiejętności / uprawnienia (w tym znajomość języków obcych)** | | | | **niezbędne** | **pożądane** |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
| **Doświadczenie zawodowe** | | | | | |
|  | | | | | |

8. Wymiar czasu pracy w okresie wskazanym w pkt 14, 15, 16 : **Pełny etat**

9. System i rodzaj czasu pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| □ jednozmianowy  □ dwuzmianowy  □ trzyzmianowy  □ ruch ciągły  □ inny | w godz. od …….…… do …………… |

10. System wynagradzania (miesięczny, godzinowy, akordowy, prowizyjny, inny):

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

11. Termin wypłaty wynagrodzenia:

□ do ostatniego dnia danego miesiąca kalendarzowego

□ w następnym miesiącu kalendarzowym do 10- go dnia

12. Wysokość proponowanego miesięcznego wynagrodzenia dla skierowanej osoby

bezrobotnej (brutto):

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

13. Wnioskowana wysokość miesięcznego refundowanego wynagrodzenia z tytułu

zatrudnienia skierowanej osoby bezrobotnej (max 2 310,00 zł):

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

14. Okres zatrudnienia, w trakcie którego dokonywana będzie refundacja części kosztów

poniesionych przez pracodawcę (do 6 miesięcy):

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

15. Okres obowiązkowego dalszego zatrudnienia – połowa okresu z pkt 14:

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

16. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia deklaruję dalsze zatrudnienie osoby skierowanej przez PUP przez okres ………......................... miesięcy w wymiarze czasu pracy ……………...................

*(Rekomendowany przez PUP okres – nie mniej niż 3 miesiące.)*

**Pouczenie:**

1. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, będzie on traktowany jako złożenie krajowej oferty pracy.
2. Zgodnie z art. 80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia PUP publikuje na stronie internetowej Urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy w ramach form pomocy.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z Zasadami organizowania prac interwencyjnych obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wadowicach.
2. Podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są prawdziwe oraz potwierdzam ich zgodność ze stanem faktycznym i prawnym.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli po złożeniu wniosku ulegną zmianie jakiekolwiek informacje w nim zawarte.
4. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania

w przypadku braku pieczęci czytelny podpis

**Podpisują osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą:**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam**,   
że na podstawie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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.U.UE.L.2016.119.1(dalej: Rozporządzenie), **Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach** (dalej: PUP) **poinformował mnie, że:**

1. Administratorem moich danych osobowych jest:

**Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach (PUP) reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Wadowicach, ul. Mickiewicza 27; 34-100 Wadowice, tel. 033 873-71-00, email: pup@wadowice.praca.gov.pl.**

1. W każdej sprawie związanej z moimi danymi osobowymi mogę się kontaktować   
   z pracownikiem pełniącym funkcję **Inspektora Ochrony Danych,** email: [inspektorod@wadowice.praca.gov.pl](mailto:inspektorod@wadowice.praca.gov.pl).
2. Celem przetwarzania moich danych osobowych jest możliwość korzystania przeze mnie z form pomocy wynikających z przepisów prawa lub realizacji umów (art.6 ust.1 Rozporządzenia, przepisy ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz akty wykonawcze do tej ustawy).
3. Odbiorcami moich danych osobowych będą instytucje upoważnione z mocy prawa lub podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione w związku z realizacją celu określonego w pkt.3.
4. Administrator nie ma zamiaru przekazywania moich danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikających z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez PUP moich danych osobowych, przysługuje   
   mi prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo   
   do przenoszenia danych, które realizowane będą na zasadach określonych rozdziale III Rozporządzenia.
7. Ponieważ moje dane przetwarzane są na podstawie wyrażonej przeze mnie zgody, mam prawo cofnąć zgodę w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP moich danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje mi prawo do wniesienia skargi   
   do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości korzystania z instrumentów oraz usług rynku pracy wynikających z przepisów prawa lub realizacji umów.
10. Dane udostępnione przeze mnie nie będą podlegały profilowaniu.

**Niniejsza Klauzula Informacyjna zamieszczona jest na stronie internetowej PUP Wadowice: wadowice.praca.gov.pl oraz na tablicach informacyjnych w PUP w Wadowicach.**

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

*(data i czytelny podpis)*

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Załącznik nr 1 – oświadczenie o niekaralności
2. Załącznik nr 2 – oświadczenie Wnioskodawcy.
3. Załącznik nr 3 – oświadczenie Wnioskodawcy o uzyskanej pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie, de minimis w rybołówstwie i akwakulturze ***(wypełnia wnioskodawca podlegający przepisom o pomocy publicznej).***
4. Załącznik nr 4 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub Załącznik nr 4a/1 oraz 4a/2 – Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę oraz dodatkowe informacje przedstawiane przy ubieganiu się o pomoc de minimis w sektorze rolnym lub w sektorze rybołówstwa i akwakultury ***(wypełnia Wnioskodawca podlegający przepisom o pomocy publicznej).***
5. Załącznik nr 5 – Oświadczenie o braku istnienia powiązań z osobami lub podmiotami względem których stosowane są środki sankcyjne w celu przeciwdziałania wspierania agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
6. **W przypadku nieposiadania wpisu do CEDiG lub KRS** –dokumenty poświadczające: formę prawną prowadzonej działalności, rodzaj, zakres działalności, organy lub osoby upoważnione do występowania w imieniu Wnioskodawcy, akt założycielski, statut, regulamin, uchwała (nie dotyczy JST z terenu powiatu wadowickiego).
7. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym (oryginał lub jego odpis uwierzytelniony przez osobę uprawnioną).
8. Uwierzytelnioną kserokopię lub wydruk ostatniej deklaracji rozliczeniowej ZUS P DRA.

**Kserokopie dokumentów należy potwierdzić „za zgodność z oryginałem”(datą i podpisem).**

**Wniosek wypełniony czytelnie należy składać wraz z kompletem dokumentów.**