|  |  |
| --- | --- |
| ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY: | |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr: | WnSKL/ |
| Z dnia |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W N I O S E K**  **o organizację stanowisk pracy w ramach jednorazowej refundacji poniesionych kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne**  na zasadach określonych w art. 47 ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jednorazowa refundacja kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne poniesionych w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego stanowi pomoc de minimis. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I** | **DANE DOTYCZĄCE ZAKŁADU PRACY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Nazwa wnioskodawcy | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Adres siedziby | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Miejsce prowadzenia działalności | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Telefon | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy zgodnie z (zaznaczyć właściwą odpowiedź) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEIDG | | | | | | |  | | | | | KRS | | | | | |  | | | | | Umowa s.c. | | | |  | | | | | | Inne | | | | |  | |
| Nazwisko i imię | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | stanowisko | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko i imię | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | stanowisko | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | Osoba upoważniona do reprezentacji *(stosowne pełnomocnictwo)* | | | | | | | | | | | | | Nazwisko i imię | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | NIP | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | REGON | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | Nazwa banku | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | nr konta | | | | |  |  | | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | | |  |  | | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |
| **10** | Rodzaj prowadzonej działalności | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11** | Data rozpoczęcia działalności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** | Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13** | Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II** | **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA W FIRMIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełne etaty w ostatnich 12 miesiącach wynosiła (stan na koniec miesiąca): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rok | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
| Poszczególne miesiące | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
| Liczba pracowników  w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy – umowa o pracę: | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | |  | | | |
| 2 | | Średni stan zatrudnienia z okresu ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku wynosi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wypełnia urząd | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | W dniu złożenia wniosku tj. | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | stan zatrudnienia w zakładzie w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy wynosi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| data złożenia wniosku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | wpisać liczbę etatów | | | | | | | | | | | | | |
| **Do zatrudnionych nie zalicza się:**  *1) osób przebywających na urlopach bezpłatnych, wychowawczych, macierzyńskich, rodzicielskich*  *2) osób odbywających zasadniczą służbę wojskową,*  *3) osób wykonujących pracę nakładczą,*  *4) uczniów , którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,*  *5) osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia*  *6) właścicieli.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | | **DANE DOTYCZĄCE MIEJSC PRACY, NA KTÓRYCH ZOSTANĄ ZATRUDNIENI SKIEROWANI BEZROBOTNI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Wnioskodawca zamierza zatrudnić | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wpisać liczbę osób bezrobotnych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Nazwa stanowiska pracy | | | | | | | | | | | | | | | | Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać bezrobotni skierowani przez PUP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych bezrobotnych na stanowiskach pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | Planowany okres zatrudnienia bezrobotnego w ramach jednorazowej refundacji poniesionych kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | od | | | | | | | |  | | | | | | | | | | do | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3 | | | Miejsce pracy (zatrudnienia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | Praca w godzinach od | | | | |  | | | | | | | | | | | | do | | | | |  | | | | | | Wymiar czasu pracy | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | Zmianowość (zaznaczyć właściwą odpowiedź) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | jedna zmiana | | | | | | | | | | | | | | | | | ☐ dwie zmiany | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ☐ trzy zmiany | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto dla skierowanej osoby bezrobotnej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | Dane kandydatów do wniosku (podać imię, nazwisko) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych za 12 miesięcy z tytułu opłacania składek na ubezpieczenia społeczne leżących po stronie pracodawcy za zatrudnionego(ych) skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LISTA SPRAWDZAJĄCA** | | |
| **Lp.** | **Nazwa Dokumentu** | **Potwierdzenie** |
| **1.** | Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1 |  |
| **2.** | Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę – załącznik nr 2 |  |
| **3.** | Oświadczenie dotyczące pomocy de minimis – załącznik nr 3 |  |
| **4.** | Oświadczenie dotyczące dostarczania pism drogą elektroniczną |  |
| **5.** | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis |  |
| **6.** | Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA wraz z dowodem wpłaty za ostatni miesiąc poprzedzający dzień złożenia wniosku |  |
| **7.** | Zgłoszenie oferty pracy |  |
| **8.** | Oświadczenie dotyczące sankcji |  |
| **9.** | Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego |  |
| **Uwaga!**  **Kserokopie dokumentów należy poświadczyć za zgodność z oryginałem.** | | |

|  |
| --- |
| **W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny urząd wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.**  **Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji**.  **Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.**  **Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.**  **Każda strona wniosku składanego w wersji papierowej musi być parafowana.**  *Zgodnie z art. 59b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wykazy pracodawców, z którymi zawarto umowy o organizację prac interwencyjnych podawane są do wiadomości publicznej przez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu na okres 30 dni.* |
| **Pouczony o odpowiedzialności cywilnej i karnej oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość i data | Podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania |

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie**

1. Administrator

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Iławie z siedzibą przy ul. 1 Maja 8B, 14-200 Iława, który jest reprezentowany przez Dyrektora Urzędu.

2. Inspektor ochrony danych

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD). Można się skontaktować poprzez e-mail: iod@ilawa.praca.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

3. Cel i podstawy przetwarzania

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wynikających z przepisów prawa zadań urzędu - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e, RODO oraz na podstawie przepisów Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do ww. ustawy.

4. Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

5. Okres przechowywania danych

Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane do chwili realizacji zadania, do którego dane osobowe zostały zebrane a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez czas wynikający z przepisów powszechnie obowiązującego prawa - 10 lat.

6. Prawa osób których dane dotyczą

Posiada Pan/Pani prawo do:

- dostępu do treści swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,

- prawo do ich sprostowania (jeśli są błędne lub nieaktualne)

- prawo do żądania ograniczenia ich przetwarzania,

- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.

- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

7. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i zgodne z art. 33 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r. W razie nie podania danych osobowych administrator nie będzie mógł spełnić obowiązku ustawowego wobec Pana/Pani.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zapoznałem się/zapoznałam się:** |  |  |
| **Data** | **Podpis** |