|  |  |
| --- | --- |
| ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY: | |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr: | WnPI/25/ |
| Z dnia |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **W N I O S E K**  **O ORGANIZACJĘ STANOWISK PRACY W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**  ***na zasadach określonych w art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i zgodnie z art. 135 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudniania skierowanych osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu przez okres deklarowany we wniosku po zakończeniu okresu refundacji w ramach prac interwencyjnych. Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne dokonywana w ramach prac interwencyjnych stanowi pomoc de minimis. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I** | **DANE DOTYCZĄCE ZAKŁADU PRACY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | Nazwa wnioskodawcy | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | Adres siedziby | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | Miejsce/a 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 i nr konta, na które będą realizowane wypłaty refundacji | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **9** | Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | Rodzaj prowadzonej działalności | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II** | **DANE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA W FIRMIE** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w zakładzie w przeliczeniu na pełne etaty | | | | | | | | | | |  | | | |
| **2.** | Czy na dzień złożenia wniosku w zakładzie są pracownicy znajdujący się na wypowiedzeniu umowy o pracę? | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | |
| **3.** | Podać liczbę osób będących na wypowiedzeniu umowy o pracę | | | | | | | | | | |  | | | |
| **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 ZATRUDNIONE SKIEROWANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ZAREJESTROWANE JAKO POSZUKUJĄCE PRACY NIEPOZOSTAJĄCE W ZATRUDNIENIU** | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | | Wnioskodawca zamierza zatrudnić | | | | | | |  | | | | | | |
| Wpisać liczbę osób | | | | | | |
| Lp. | | Nazwa stanowiska pracy | | Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy, jakie powinni spełniać skierowane osoby przez PUP | | | | | | | | | Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osoby skierowane na stanowiskach pracy | | |
| 1. | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 2. | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| 3. | |  | |  | | | | | | | | |  | | |
| **2** | | Planowany okres zatrudnienia (min. 5 m-cy) | | | | | |  | | | | | | miesięcy | |
| **3** | | Miejsce pracy (zatrudnienia) | | | |  | | | | | | | | | |
| **4** | | Praca w godzinach od |  | | do | |  | | | | Zmianowość (zaznaczyć właściwą odpowiedź) | | | | jedna zmiana |
| ☐ dwie zmiany |
| ☐ trzy zmiany |
| **5** | | Proponowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto dla skierowanej osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu | | | | | | | |  | | | | | |
| **6** | | Dane kandydatów do wniosku (podać imię, nazwisko) | | | | | | | |  | | | | | |
| **7** | | Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu z tytułu zatrudnienia skierowanych osób | | | | | | | |  | | | | | |
| *zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy (art.135 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia) - refundacja następuje w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdą osobę skierowaną w ramach prac interwencyjnych.* | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LISTA SPRAWDZAJĄCA** | | |
| **Lp.** | **Nazwa Dokumentu** | **Potwierdzenie** |
| **1.** | Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1 |  |
| **2.** | Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę – załącznik nr 2- dotyczy Producentów Rolnych |  |
| **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 rozliczony 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 starosta wyznacza wnioskodawcy 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. 80 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia wykazy pracodawców, z którymi zawarto umowy o organizację prac interwencyjnych podawane są do wiadomości publicznej na stronie internetowej: ilawa.praca.gov.pl* |

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z aktualnie obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Iławie zasadami realizacji prac interwencyjnych.

***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 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia 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 .

7. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest obowiązkowe. W razie nie podania danych osobowych administrator nie będzie mógł spełnić obowiązku ustawowego wobec Pana/Pani.

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