………………………….., data ………………..

*Miejscowość*

…………………………………………

*(Pieczęć pracodawcy)*

**Starosta Braniewski**

**za pośrednictwem Powiatowego Urzędu Pracy w Braniewie**

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH** **ze środków PFRON** |

**Na podstawie art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. rok 2020 poz. 426), osoba niepełnosprawna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy niepozostająca
w zatrudnieniu ma prawo korzystać z usług lub instrumentów rynku pracy na zasadach określonych w** [**ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**](https://nowy.inforlex.pl/dok/tresc%2CDZU.2019.153.0001482%2CUSTAWA-z-dnia-20-kwietnia-2004-r-o-promocji-zatrudnienia-i-instytucjach-rynku-pracy.html) **oraz**na podstawie ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2019 r. poz. 1482 ze zmianami) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24.06.2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. 2014 poz. 864) wnoszę o skierowanie osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu do wykonywania prac interwencyjnych.

**A. Informacje dotyczące pracodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres siedziby ………………………………………………………………..………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………..……………………………………..
4. REGON ………………………………………… NIP …………………………….…………… PKD ………………………………
5. Telefon ………………………………….fax. …………………………..…, e-mail …………………………………..…………
6. Nr konta …………………………………………………………………………………………………………………….……………
7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ………………………………………………………
8. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe ………………………….…… %
9. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy
	1. …………………………………………………………………………………………
	2. …………………………………………………………………………………………

**B. Dane dotyczące planowanego zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:**

1. Liczba osób niepełnosprawnych proponowanych do zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych ………. oraz okres ich zatrudnienia od dnia …………………….…… do dnia ………………………tj. …….…. miesięcy.
2. Miejsce wykonywania pracy: …………………………………………………….….….
3. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez osoby skierowane:

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

1. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje:
	1. Umiejętności: ……………………………………………………………………………………………………………
	2. Uprawnienia: ……………………………………………………………………………………………………………
	3. Doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy: ……………………….……
	4. Znajomość języków obcych (poziom): ………………………………………………………………….…
	5. Wykształcenie ………………………………………………
2. Wysokość proponowanego wynagrodzenia (stawka miesięczna):……………..………………….….zł.
3. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych osób. ……………………………………zł
4. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom *(właściwe zaznaczyć)*:

**🞎** do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc bieżący;

**🞎**  do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

1. Dodatkowe informacje dotyczące stanowiska pracy:
	1. Nazwa stanowiska:………………………………………………
	2. Nazwa zawodu:……………………………………………………………… Kod zawodu …………………..

*zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (http://braniewo.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci)*

* 1. Ogólny zakres obowiązków: …………………………………………………………………………………………

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

* 1. Wymiar czasu pracy *(właściwe zaznaczyć)*: pełny etat / pół etatu.
	2. Rodzaj umowy stanowiący podstawę wykonywania pracy: ……………………….…………………….. oraz system wynagradzania: ………………………………….. .
	3. System i rozkład czasu pracy *(właściwe zaznaczyć*): jednozmianowa; dwuzmianowa,
	inny …………………………… , godziny pracy od …………. do……………
	4. Czy pracodawca zapewnia dojazd do pracy i powrót? *(właściwe zaznaczyć)*: TAK / NIE

Deklaracja zatrudnienia na dalszy okres po zakończeniu realizacji umowy o organizacje prac interwencyjnych (właściwe zaznaczyć):

🞎 Tak - na okres minimum 1 miesiąca / 2 miesięcy / 3 miesięcy/ inne …………………….……\*

🞎 Nie

………………………………………………………

*(pieczątka i podpis pracodawcy)*

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający formę prawną firmy (wyciąg z rejestru sądowego, wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub inne);
2. Aktualna deklaracji ZUS DRA ;
3. Oświadczenia pracodawcy (załącznik nr 1);
4. **Pracodawca będący beneficjentem pomocy** w rozumieniu ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2020 poz. 708) dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 i 2 tej ustawy. Oświadczenie o pomocy publicznej (załącznik nr 2) oraz wypełniony formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
5. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla przedsiębiorcy /pracodawcy będącego osobą fizyczną (załącznik nr 3).

*POUCZENIE:*

Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne, dokonywana w ramach prac interwencyjnych poniesionych w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego stanowi pomoc de minimis spełniającą warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

*Wszystkie kserokopie dokumentów proszę potwierdzić za zgodność z oryginałem. W przypadku gdy wnioski, są nieprawidłowo wypełnione lub niekompletne, starosta wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na ich uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.*

|  |
| --- |
| 1. Sprawdzono pod względem formalnym wniosek i załączniki ……………………………………………………..…

*(data i podpis pracownika PUP )*1. Sprawdzono pod względem merytorycznym wniosek i załączniki …………………………………………….…

*(data i podpis pracownika PUP)* |

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. informacje zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są prawdziwe;
2. na dzień złożenia wniosku nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
3. **nie jestem / jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniach w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2018, poz. 362 ze zmianami)
4. **spełniam / nie spełniam** warunki o dopuszczalności udzielania pomocy de minimis, o których mowa w art. 59c ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 ze zmianami) oraz w rozporządzeniu MPiPS z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014r. poz. 864);
5. **nie zostałem(am) / zostałem(am)\*** w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **nie jestem / jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

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

*(miejscowość i data) (pieczątka i podpis pracodawcy)*

*\*niepotrzebne skreślić*

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY PUBLICZNEJ**

*(Pełna nazwa oraz dane pracodawcy, NIP)*

Oświadczam, że:

1. w roku podatkowym, w którym ubiegam się o udzielenie pomocy, oraz w ciągu dwóch poprzedzających lat podatkowych **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am**) \* *pomoc de minimis* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ……………………………… złotych, co stanowi ……………… euro).
2. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)** \* *pomoc publiczn*ą w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona *pomoc de minimis* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ………………….złotych, co stanowi ……………………euro).
3. w roku podatkowym, w którym ubiegam się o udzielenie pomocy, oraz w ciągu dwóch poprzedzających lat podatkowych **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am**) \* *pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ……………………………… złotych, co stanowi ……………… euro).
4. **otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)** \* *pomoc publiczn*ą w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona *pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie* (jeśli otrzymałem(am), to podać wysokość ………………….złotych, co stanowi ……………………euro).

**Spełniam/nie spełniam\*** warunki odnoszące się do dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej oraz niezwłocznie powiadomię o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.

Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania pisemnie o uzyskaniu pomocy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy, otrzymam pomoc de minimis lub pomoce de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

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

(miejscowość i data) **(**podpis i pieczątka osoby uprawnionej do

 reprezentacji i składania oświadczeń)

 ,

***\**** *niewłaściwe skreślić*

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH**

**dla przedsiębiorcy /pracodawcy będącego osobą fizyczną**

Zgodnie z art. 13 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. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r.) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Braniewie,
ul. Kościuszki 118, 14-500 Braniewo, tel. 55 644 32 22, faks 55 644 32 24,
e-mail: olbr@praca.gov.pl lub sekretariat@pupbraniewo.pl
2. Kontakt do inspektora ochrony danych – iod@pupbraniewo.pl
3. Dane są przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w Braniewie wyłącznie dla celów wynikających z przepisów prawa.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z okresem wskazanym w przepisach prawa.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

*Zapoznałem/łam się z ww. informacją: …………………………………………………………………*

*data i czytelny podpis*