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

/pieczęć firmowa pracodawcy/ /miejscowość i data/

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**w Ełku**

**WNIOSEK nr …….**

**O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH**

na zasadach określonych w **art. 51** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 214).

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY :**
2. Nazwa pracodawcy .................. ..............................................................................................................

Adres siedziby..........................................................................................................................................

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

Nr telefonu(ów)

tel. tel. kom.

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby prawnie reprezentującej podmiot ubiegający się o refundację:

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

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

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

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

Dane osoby odpowiedzialnej za kontakty z urzędem:

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

1. NIP , REGON , PKD
2. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS.............................................................
3. nazwa banku i numer konta……………………………………………………………………………..
4. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności……………………………………………...
5. Rodzaj prowadzonej działalności.............................................................................................................

Data rozpoczęcia................................................................

7. Stopa procentowa składek na ubezpieczenie wypadkowe wynosi **,**%

8. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełne etaty……….

9. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Pracodawca korzystał z prac interwencyjnych, jeśli tak to w jaki sposób wywiązał się z umów

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

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

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

/nr umowy, z dnia, ilość osób refundowanych, ilość osób zatrudnionych po okresie refundacji/

**Niniejszym oświadczam, że jestem/nie jestem beneficjentem pomocy publicznej\***w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz.U. z 2023 r. poz. 702).

***\* Beneficjentem pomocy- jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą,*** *w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.*

***Działalnością gospodarczą*** *jest zarówno działalność produkcyjna, dystrybucyjna jak i usługowa, nawet jeżeli nie jest ona nastawiona na osiąganie zysku (Ustawa z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej), tj. jeżeli podmiot rzeczywiście prowadzi działalność gospodarczą, a pomoc ze środków publicznych zostanie udzielona na ten zakres działalności podmiotu wówczas stanowi ona pomoc de minimis.*

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

/data/ /podpis, pieczęć/

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH**

1.Wyrażam gotowość i wnioskuję o zorganizowanie prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy dla .......... osoby(-ób) bezrobotnej(-ych) zarejestrowanej(-ych) w Urzędzie i zobowiązuję się utrzymać w zatrudnieniu skierowaną(-e) osobę(-y) bezrobotną(-e) przez okres 3 miesięcy po zakończeniu refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne.

2. Okres trwania prac interwencyjnych

 /1 – 6 miesięcy/ (refundacja co miesiąc) od...................................do..................................

3. Miejsce świadczenia pracy............................................................................................................

4. Stanowisko Rodzaj prac Niezbędne lub pożądane kwalifikacje

/poziom i kierunek wykształcenia, staż pracy, umiejętności/

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

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

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

Kandydat(-ci) - podać w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada swojego(-ich) kandydata(-ów):

Imię Nazwisko Miejsce zamieszkania

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

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

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

5. Godziny pracy .........................................................................................................................................

6. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla skierowanych bezrobotnych......................................

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

7. Wysokość proponowanej refundacji z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych \*

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

\*(max. 1400,00 zł wynagrodzenia + ZUS od tej kwoty tj. emeryt. 9,76% + rent.6,5% + wypadkowa - refundacja co miesiąc przez okres do 6 miesięcy)

**OŚWIADCZAM ŻE :**

● nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem
w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i zobowiązań podatkowych wobec Urzędu Skarbowego;

● nie zostałem w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w sprawie naruszenia praw pracowniczych (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy –tekst jednolity Dz. U. z 2025r. poz. 214);

●znam i spełniam warunki, o których mowa w 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 z późn. zm.);

●skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy,
z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.

● wypełniłem obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 13 i 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych wobec osób, których dane osobowe przekazuję w niniejszym wniosku.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

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

/data/ /podpis, pieczęć imienna/

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2025r. poz. 214).
2. Rozporządzenie 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 (Dz.U. z 2014r. poz. 864 z późn. zm.).

**Uwaga!**

**W przypadku Jednostek będących beneficjentami pomocy publicznej należy złożyć wniosek o organizację prac interwencyjnych na formularzu dla przedsiębiorców.**

**W przypadku, gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, urząd wyznacza co najmniej 7 dniowy termin jego uzupełnienia.**

**Wniosek nieuzupełniony w terminie wyznaczonym przez urząd pozostawia się bez rozpatrzenia.**

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Powiatowy Urząd Pracy w Ełku przetwarza podane dane osobowe w celu dokonania prawidłowej oceny wniosku, udzielenia pomocy i zawarcia umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych, zgodnie z obowiązkiem prawnym nałożonym na Urząd przepisami wskazanymi wyżej w sekcji podstawa prawna. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa. W celu zapewnienia stałego dostępu do danych osobowych, ich skutecznego, bezbłędnego i bezpiecznego przetwarzania, rozwoju i utrzymania systemów informatycznych dane będą udostępniane dostawcom wykorzystywanych przez nas systemów informatycznych z zachowaniem poufności i bezpieczeństwa przetwarzania.
W związku z przetwarzaniem właścicielom danych przysługuje: prawo dostępu do danych osobowych ,prawo żądania sprostowania danych osobowych, prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw prosimy kontaktować się z Urzędem na adres jego siedziby, mailowo na adres iod@pup.elk.pl lub na adres skrzynki podawczej. Właścicielom danych przysługuje również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się w sprawach związanych przetwarzaniem danych osobowych pisemnie na adres Urzędu lub poprzez pocztę email na adres: iod@pup.elk.pl. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych znajdują się na stronie http://elk.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych

…………………………………… .......................................................... /miejscowość i data/ /podpis i pieczęć firmowa Wnioskodawcy/

**Klauzula informacyjna dla osoby,
której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu[[1]](#footnote-1)**

W związku z Państwa udziałem w realizacji Projektu, świadczeniem pracy, wykonywaniem, świadczeniem lub dostarczeniem robót, usług lub produktów w ramach Projektu/złożeniem oferty[[2]](#footnote-2), poręczeniem umów zawartych w ramach Projektu pn. ***„Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie ełckim (III)”*** (nr Projektu **FEWM.07.01-IP.01-0012/25**) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 na podstawie 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, dalej: RODO), informuję iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją ww. Projektu jest **Powiat Ełcki/Powiatowy Urząd Pracy w Ełku, Ełk, ul. Suwalska 38,** będący Beneficjentem tego Projektu (dalej: Beneficjent).
2. Beneficjent powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem e-mail iod@pup.elk.pl[[3]](#footnote-3)
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 *RODO*. Oznacza to, że Państwa dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Beneficjenta obowiązków prawnych ciążących na nim w związku z realizacją ww. Projektu. Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Beneficjencie w związku z realizacją ww. Projektu określone zostały Umową o dofinansowanie Projektu nr **FEWM.07.01-IP.01-0012/25-00** oraz przepisami m.in. w niżej wymienionych aktach prawnych:
* *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej*,
* *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013*,
* *Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027* (dalej: *ustawa wdrożeniowa*).
1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Beneficjenta określonych prawem i Umową o dofinansowanie Projektu nr **FEWM.07.01-IP.01-0012/25-00**[[4]](#footnote-4) obowiązków w związku z realizacją Projektu nr **FEWM.07.01-IP.01-0012/25** pn. ***„Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie ełckim (III)”.***
2. Państwa dane osobowe zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom (administratorom), w tym wskazanym w art. 89 *ustawy wdrożeniowej*, w szczególności:
* Ministrowi właściwemu ds. rozwoju regionalnego – Ministrowi Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa,
* Ministrowi właściwemu ds. finansów publicznych – Ministrowi Finansów, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,
* Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Zarządowi Województwa Warmińsko-Mazurskiego, ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn,
* Instytucji Pośredniczącej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Olsztynie, ul. Głowackiego 28,
10-448 Olsztyn,
* Instytucji Audytowej – Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa,

w zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań wynikających z przepisów tej ustawy, oraz

Państwa dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania lub udostępnione podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu –

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

(nazwa i adres ww. podmiotów)

1. Państwa dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyty w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, w szczególności na zlecenie Instytucji Pośredniczącej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027, Instytucji Zarządzającej programem regionalnym Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 lub Beneficjenta.
2. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
3. Państwa dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w art. 87 ust. 1 *ustawy wdrożeniowej*.
5. W każdym czasie przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 *RODO*.
6. Jeżeli uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.

 Zapoznałem się\*

…………………….……………………

PODPIS

\*W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych fakt zapoznania się z powyższymi informacjami potwierdza jego opiekun prawny.

1. Przez osobę, której dane osobowe są przetwarzane w ramach realizacji Projektu należy rozumieć m. in. Partnera, podmiot realizujący Projekt, **uczestnika Projektu**, personel Projektu, pracownika instytucji zaangażowanej we wdrażanie Programu, oferenta, wykonawcę/stronę umowy zawartej w sprawie realizacji zamówienia w ramach Projektu, w tym o roboty budowlane, dostawę lub świadczenie usług, członka personelu i/lub osobę reprezentującą oferenta/wykonawcę/stronę powyższych umów. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić lub ewentualnie dopisać. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeśli nie dotyczy, należy wpisać tekst „Nie dotyczy”. [↑](#footnote-ref-3)
4. Należy wskazać numer Umowy o dofinansowanie. [↑](#footnote-ref-4)