



POWIATOWY URZĄD PRACY w Trzebnicy

ul. Kościuszki 10, 55-100 Trzebnica, tel/fax 71 387 05 65,
e-mail wrtr@praca.gov.pl; trzebnica.praca.gov.pl
NIP 915-15-66-514



.....
(pieczęćka organizatora)

.....
(miejsowość i data)

W N I O S E K o organizację prac interwencyjnych

zgodnie z art.51.56 i 59 ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(Dz. U. z 2024r. poz. 475 z późn.zm.)

I. Dane dotyczące organizatora:

1. Nazwa Pracodawcy.....
2. Siedziba
3. Miejsce prowadzenia działalności
4. Tel..... Tel.kom.....
5. e-mail: www:
6. NIP : ¹REGON :
- PKD : Nr KRS :
7. Forma prawna
- (A – przedsiębiorstwo państwowe, B – jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, C – jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego spółdzielnia, D – spółka akcyjna lub spółka z o.o., w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami dominującymi w rozumieniu przepisów o publicznym obrocie papierami wartościowymi, 2 – przedsiębiorca nie należący do kategorii określonych kodem od A do D)
8. Rodzaj prowadzonej działalności.....
9. Data rozpoczęcia działalności:.....
10. Forma opodatkowania: a) ryczałt%, b) karta podatkowa, c) księga przychodów i rozchodów, d) pełna księgowość²
11. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe
12. Numer rachunku bankowego :
- Nazwa banku:
13. Osoba upoważniona do kontaktów z PUP*
(imię i nazwisko) (nr.tel.)

* Informacja o przetwarzaniu danych osobowych pozyskanych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą, na podstawie wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze znajduje się na stronie internetowej trzebnica.praca.gov.pl, w zakładce „Urząd Pracy” → „Dokumenty do pobrania” → „Ochrona danych osobowych” → „Klauzula informacyjna dla osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu z PUP” lub pod adresem <http://trzebnica.praca.gov.pl/dokumenty-do-pobrania> (dotyczy osób innych niż pracodawca).

¹ Jeżeli został nadany

² Niepotrzebne skreślić

Wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanosić poprzez skreślenie i zaparafowanie zmian.

14. Osoba uprawniona do podpisania umowy
(imię i nazwisko) (stanowisko)

II. Dane dotyczące stanowiska pracy :

1. Przewidziana nazwa zawodu/zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – dostępna na stronie www.psz.praca.gov.pl
 - nazwa zawodu.....
 - specjalność.....
2. Liczba osób:
3. Miejsce wykonywania pracy (adres)
4. Wnioskowany okres refundacji
5. Wymagane kwalifikacje bezrobotnego/bezrobotnych
 - Wykształcenie
6. Proponowana wysokość wynagrodzenia
7. Wnioskowana wysokość refundowanych wynagrodzeń
8. Termin wypłaty wynagrodzenia:
 - do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
 - do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

III. Stan zatrudnienia w firmie (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy³) za okres ostatnich 6 miesięcy :

Liczba zatrudnionych w dniu złożenia wniosku³ :

Lp.	MIESIĄC	ROK	OGÓLNY STAN ZATRUDNIENIA (w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

W przypadku zmniejszenia się stanu zatrudnienia proszę podać przyczynę:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis organizatora)

³ Do zatrudnionych nie zalicza się:

- osób wykonujących pracę nakładczą
- uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy
- osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło lub umowy zlecenia,
- osób przebywających na urloпах macierzyńskich, wychowawczych oraz bezpłatnych,
- osób odbywających zasadniczą służbę wojskową,

Wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanosić poprzez skreślenie i zaparafowanie zmian.

UWAGA:

1. Wymienione niżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
2. W przypadku wniosku złożonego bez kompletu dokumentów lub nieprawidłowo wypełnionego starosta wyznacza 7- dniowy termin ich uzupełnienia. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostaną bez rozpatrzenia.
3. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oświadczenie Pracodawcy/ Przedsiębiorcy - załącznik nr 1,
2. Dokumenty poświadczające formę prawną prowadzonej działalności gospodarczej:
 - Inne dokumenty potwierdzające formę prawną istnienia wnioskodawcy np. umowy spółek cywilnych itp.,
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy - o ile nie wynikają one z dokumentów, o których mowa w pkt 2.,
4. Zgłoszenie krajowej oferty pracy.

Dla Pracodawców/Przedsiębiorców podlegających przepisom o pomocy publicznej również:

5. Załącznik do wniosku nr 2
6. Załącznik do wniosku nr 3
7. Załącznik do wniosku nr 4

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) zostałam/em poinformowana/y, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Trzebnicy, z siedzibą w Trzebnicy, ul. Kościuszki 10 oraz Filia w Żmigrodzie, ul. Zamkowa 2a,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iodo@pup.trzebnica.pl,
- 3) moje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) w celu rozpatrzenia wniosku o zorganizowanie prac interwencyjnych i ewentualnie dalszej jego realizacji,
- 4) odbiorcami moich danych osobowych będą: radca prawny oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 5) moje dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu oraz okres wynikający z przepisów prawa o archiwizacji,
- 6) posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania,
- 7) mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (art.4 ust.5c ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) jest obligatoryjne.

.....
(data, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

IV. Wypełnia dział pośrednictwa pracy Powiatowego Urzędu Pracy

1. Zakwalifikowano osób
2. Kwota refundacji
3. Okres refundacji
4. Okres zatrudnienia

Pracodawca podlega przepisom dotyczącym udzielenia pomocy publicznej

TAK NIE Nie dotyczy

Pracodawca spełnił warunki do udzielenia pomocy publicznej

TAK NIE Nie dotyczy

Pracodawca spełnił warunki umów zawartych z PUP w okresie ostatnich 24 m-cy przed datą złożenia wniosku

TAK NIE Nie dotyczy

Wskazane do skierowania osoby bezrobotne

..... -

(nazwisko i imię)

..... -

(nazwisko i imię)

..... -

(nazwisko i imię)

Wniosek rozpatrzono: pozytywnie/negatywnie

O sposobie rozpatrzenia poinformowano wnioskodawcę telefonicznie dnia :

.....
(data)

.....
(podpis pracownika Działu Pośrednictwa PUP)

Wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanosić poprzez skreślenie i zaparafowanie zmian.