

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

Nr sprawy
(wypełnia Urząd)

**Starosta Kartuski -
- Powiatowy Urząd Pracy
w Kartuzach**

WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH

DLA (właściwe należy zaznaczyć X):

- ☐ skierowanych bezrobotnych
☐ skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej

składany na podstawie: art. 51, art. 51a, art. 56, art. 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późn. zm.) i rozporządzenia 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)

Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z „Zasadami organizowania i finansowania prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach”, które dostępne są na stronie kartuzy.praca.gov.pl

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Pełna nazwa Wnioskodawcy

2. Dokładny adres siedziby

3. Adres korespondencyjny

4. Miejsce prowadzenia działalności

5. Osoba wyznaczona do kontaktów z Urzędem w zakresie realizacji wniosku

6. Telefon/fax e-mail

7. Osoba upoważniona do reprezentowania Wnioskodawcy przy podpisywaniu umowy

(imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe)

8. Zgoda na prowadzenie korespondencji drogą elektroniczną (właściwe należy zaznaczyć X)

☐ TAK ☐ NIE

(w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę o wypełnienie **Załącznika nr 1 do wniosku**)

9.	Numer NIP	Numer REGON	Numer PKD ¹ (wg. obowiązującej klasyfikacji z 2007 r.)

10. Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy, na który Urząd będzie dokonywał refundacji

____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

11. Data rozpoczęcia działalności

12. Rodzaj prowadzonej działalności

13. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności (właściwe należy zaznaczyć X)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą | ☐ Spółka cywilna | ☐ Spółka jawna |
| ☐ Spółka partnerska | ☐ Spółka komandytowa | ☐ Spółka komandytowo-akcyjna |
| ☐ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | ☐ Spółka akcyjna | ☐ Przedsiębiorstwo państwowe |
| ☐ Inna (jaka?) | | |

14. Wielkość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe%.

¹ Proszę o podanie nr PKD działalności, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach niniejszego wniosku.

Jeżeli brak jest możliwości ustalenia wnioskowanej działalności, proszę o podanie klasy działalności, która generuje największy przychód.

15. Stan zatrudnienia u Wnioskodawcy:

Do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, pracowników młodocianych i stażystów.

Forma zatrudnienia	Ogólna liczba pracowników w dniu złożenia wniosku	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
Umowa o pracę		
Umowa zlecenie		
Ogółem:		

II A. DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH

1. Liczba bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia

2. Wnioskowany **okres refundacji** (odpowiednie należy zaznaczyć X)

☐ **do 6 miesięcy** – obowiązek utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji.
Realizacja umowy trwa do 9 miesięcy

☐ **do 12 miesięcy** – obowiązek utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres **6 miesięcy** po zakończeniu refundacji.
Realizacja umowy trwa do 18 miesięcy

3. Proponowany okres zatrudnienia od dnia do dnia

4. Warunki zatrudnienia:

Wyszczególnienie	Stanowisko
Nazwa stanowiska pracy	
Nazwa zawodu ²	
Kod zawodu	
Liczba miejsc pracy	
Rodzaj wykonywanej pracy	
Wymiar czasu pracy	
Niezbędne lub pożądane kwalifikacje skierowanego bezrobotnego*	
Czy możliwe jest obniżenie kwalifikacji skierowanego bezrobotnego*	☐ TAK ☐ NIE
Wysokość proponowanego wynagrodzenia (kwota brutto)	
Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów	
Adres miejsca zatrudnienia skierowanego bezrobotnego	

* **Urząd nie będzie kierował bezrobotnych na stanowisko, dla którego nie ma możliwości obniżenia kwalifikacji (dotyczy to również uzupełnienia powstałego waku)**

5. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (właściwe należy zaznaczyć X)

☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

☐ w następnym miesiącu za miesiąc poprzedni

Wyjaśnienie!

W przypadku wnioskowania o organizowanie prac interwencyjnych z maksymalnie 6. lub 12. miesięcznym okresem refundacji na podstawie art. 51 ust. 1 oraz 56 ust. 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 ze zm.), refundacja dokonywana może być w kwocie uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty zasiłku dla bezrobotnych i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia za każdego zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy.

W roku 2023 ustalono wysokość refundacji wynagrodzenia w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy na poziomie **1300 zł**.

² Klasyfikacja zawodów: rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz. U. 2018 r. poz. 227 ze zm.). Link do klasyfikacji znajduje się na stronie internetowej: karty.praca.gov.pl. Prosimy o nie stosowanie kodów z określeniem „pozostali”

II B. DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIA BEZROBOTNYCH lub POSZUKUJĄCYCH PRACY OPIEKUNÓW OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Liczba proponowanych do zatrudnienia bezrobotnych lub poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej
2. Wnioskowany **okres refundacji** (należy zaznaczyć X)
☐ **do 6 miesięcy** – obowiązek utrzymania w zatrudnieniu skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej **co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy** przez okres **3 miesięcy** po zakończeniu refundacji, stosownie do zawartej umowy. **Realizacja umowy trwa do 9 miesięcy.**
3. Proponowany okres zatrudnienia od dnia do dnia
4. Warunki zatrudnienia:

Wyszczególnienie	Stanowisko
Nazwa stanowiska pracy	
Nazwa zawodu ²	
Kod zawodu	
Liczba miejsc pracy	
Rodzaj wykonywanej pracy	
Wymiar czasu pracy	
Niezbędne lub pożądane kwalifikacje skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej	
Czy możliwe jest obniżenie kwalifikacji skierowanego bezrobotnego*	☐ TAK ☐ NIE
Wysokość proponowanego wynagrodzenia (kwota brutto)	
Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów*	
Adres miejsca zatrudnienia skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej	

5. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (właściwe należy zaznaczyć X)
☐ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
☐ w następnym miesiącu za miesiąc poprzedni

***Wyjaśnienie!**

W myśl art. 51a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późn. zm.) Urząd może refundować Pracodawcy lub Przedsiębiorcy przez okres do 6 miesięcy część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy opiekunów osoby niepełnosprawnej, zatrudnionych co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy, w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz kwoty połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.

W 2023 ustalono wysokość refundacji wynagrodzenia w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy na poziomie **1745 zł**.

III. DEKLARACJA DALSZEGO ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI UMOWY - PO 9 LUB 18 MIESIĄCACH (właściwe należy zaznaczyć X)

- ☐ zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w wymiarze całego etatu na okres minimum 3 miesięcy
- ☐ brak deklaracji dalszego zatrudnienia

IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

Jako Wnioskodawca ubiegający się o zatrudnienie osoby bezrobotnej w ramach prac interwencyjnych oświadczam, co następuje (*właściwie należy zaznaczyć X*):

1. ☐ **jestem pracodawcą** / ☐ **nie jestem pracodawcą**, tj. zatrudniam co najmniej jednego pracownika.
2. ☐ **jestem przedsiębiorcą** / ☐ **nie jestem przedsiębiorcą**, tj. wykonuję we własnym imieniu działalność gospodarczą.
3. ☐ **zalegam** / ☐ **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z zapłatą w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. ☐ **zalegam** / ☐ **nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
5. ☐ **toczy się** / ☐ **nie toczy się** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne.
6. ☐ **został** / ☐ **nie został** zgłoszony wniosek i nie przewiduje się zgłoszenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego lub likwidacyjnego.
7. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ☐ **byłem** / ☐ **nie byłem** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
8. ☐ **podlegam** / ☐ **nie podlegam** / ☐ **nie dotyczy** przepisom o pomocy publicznej (Dz.U. z 2021 r. poz.743, tj.).
9. ☐ **cięży** / ☐ **nie ciąży** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji (WE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
10. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** / ☐ **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia 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 r.).
11. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** / ☐ **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia 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 z późn. zm.) oraz
12. ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** / ☐ **nie dotyczy** warunki/warunków rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190/45 z dnia 28.06.2014 r.).
13. **poinformuję** Urząd o uzyskaniu pomocy publicznej lub pomocy de minimis w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy oraz o innych istotnych zmianach mających wpływ na realizację wniosku,
14. znam i ☐ **spełniam** / ☐ **nie spełniam** warunki/warunków, 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).
15. ☐ **zapoznałem się** / ☐ **nie zapoznałem się** z „Zasadami organizowania i finansowania prac interwencyjnych przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach”, które dostępne są na stronie kartuzy.praca.gov.pl
16. ☐ **wywiązałem się** / ☐ **nie wywiązałem się** z dotychczasowej współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy w Kartuzach.
17. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** objęty/a sankcjami nałożonymi w związku z agresją Rosji na Ukrainę*
18. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** powiązany z osobami objętymi sankcjami w związku z agresją Rosji na Ukrainę*
19. ☐ **jestem** / ☐ **nie jestem** powiązany z osobami prawnymi, podmiotami lub organami z siedzibą w Rosji, które w ponad 50% są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną Rosji.
20. **zapoznałem/am się** z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach pod adresem (<http://pup.kartuzy.ibip.pl/public/?id=229744>): **RODO – klauzula informacyjna ogólna oraz w siedzibie Urzędu.**

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Data.....

.....
(Wnioskodawca lub osoba uprawniona)

*Środki krajowe oraz UE nie są przekazywane podmiotom, które podlegają wykluczeniu z możliwości ich otrzymania na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej.
Pomocy nie udziela się Pracodawcy/Przedsiębiorcy objętemu sankcjami w myśl ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129) oraz Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Podmiot podlega weryfikacji pod kątem figurowania na listach sankcyjnych:

1. na liście osób i podmiotów, względem których zastosowanie mają sankcje prowadzonej w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
2. w załączniku nr 1 Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. w załączniku nr 1 Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
4. w załączniku nr 4 oraz art. 51 Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

ZAŁĄCZNIKI:

DLA WNIOSKODAWCY NIE BĘDĄCEGO BENEFICJENTEM POMOCY PUBLICZNEJ:

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia danej instytucji.
2. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON – (najbardziej aktualne).
3. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną – **załącznik nr 1 do wniosku.**
4. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – **załącznik nr 5 do wniosku.**

DLA WNIOSKODAWCY BĘDĄCEGO BENEFICJENTEM POMOCY PUBLICZNEJ:

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia przedsiębiorstwa (wydruk ze strony internetowej CEIDG www.firma.gov.pl potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej, kopia wypisu z rejestru sądowego lub inne).
2. Umowa spółki cywilnej, w przypadku gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna.
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON – (najbardziej aktualne).
4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną – **załącznik nr 1 do wniosku.**
5. Oświadczenie o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis – **załącznik nr 2 do wniosku**
W przypadku otrzymania takiej pomocy należy dołączyć wszystkie zaświadczenia dokumentujące otrzymaną pomoc de minimis, jakie przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej lub nie otrzymanej w tym okresie.
[Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis](#) – **załącznik nr 3 do wniosku**
Formularz stanowi załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) lub (jeżeli dotyczy)
[Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis](#) – **załącznik nr 4 do wniosku**
Formularz stanowi załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r. Nr 121 poz. 810).
6. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – **załącznik nr 5 do wniosku.**

WAŻNE!

Każda pozycja wniosku powinna zostać wypełniona. Do wniosku należy dołączyć wszystkie wymienione załączniki. Wszystkie dokumenty składane w kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”. Wniosek winien być podpisany przez umocowanego przedstawiciela Wnioskodawcy. Wnioski niekompletne lub wypełnione nieczytelnie, nie podpisane lub podpisane przez nieupoważnioną osobę, nie zawierające pełnej informacji o Wnioskodawcy i mimo wezwania nie uzupełnione w terminie wyznaczonym przez Urząd – nie będą rozpatrywane. Złożenie wniosku nie gwarantuje zawarcia umowy.

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną

W związku ze złożonym Wnioskiem o organizowanie prac interwencyjnych a w przypadku podpisania Umowy w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych **wyrażam zgodę na otrzymywanie** wszelkiej kierowanej do mnie przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach korespondencji, w tym w szczególności:

- A. Informacji o sposobie rozpatrzenia wniosku o organizowanie prac interwencyjnych,
- B. Umowy w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych
- C. Zaświadczeń o pomocy de minimis oraz korekt
- D. Not księgowych,
- E. Protokołów kontroli lub wizyt monitorujących,
- F. Informacji dotyczącej wywiązania się z zawartej umowy

drogą elektroniczną na adres e-mail / elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP
.....
oraz **przetwarzanie moich danych osobowych** (adres e-mail) w ww. celu.

Oświadczam, że ww. korespondencja będzie odbierana pod niniejszym adresem e-mail / elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP.

Za datę otrzymania korespondencji uznaję datę jej wysłania przez Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach.

Zobowiązuję się do każdorazowego i natychmiastowego podania zmiany tego adresu będąc świadomym/ą, że do tego czasu doręczenie korespondencji na dotychczasowy adres e-mail / elektronicznej skrzynki podawczej ePUAP będzie skuteczne.

Data

.....
(Wnioskodawca lub osoba uprawniona
do jego reprezentowania)

Informacja:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia korespondencji i w celu, dla którego zostały udostępnione Administratorowi.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – PUODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO.

Treść pełnej klauzuli informacyjnej jest dostępna w BIP Powiatowego Urzędu pracy w Kartuzach.

OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU LUB NIEOTRZYMANIU POMOCY DE MINIMIS

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań (art. 233 Kodeksu karnego*) oświadczam, że:

.....
(pełna nazwa Wnioskodawcy lub imię i nazwisko wspólnika spółki cywilnej)

w roku podatkowym, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych:

- 1) **(otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am) – proszę wpisać właściwą odpowiedź)** środki stanowiące pomoc de minimis¹.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę (włącznie z pomocą otrzymaną de minimis w rolnictwie i rybołówstwie).

Lp	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy ²	Data udzielenia pomocy (dzień – miesiąc – rok)	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Forma pomocy ³	Wartość pomocy brutto	
						w PLN	w EUR ⁴
Razem pomoc de minimis							

- 2) **(otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am) – proszę wpisać właściwą odpowiedź)** pomoc(e) ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących, na które ubiegam się o pomoc w ramach niniejszego wniosku.

UWAGA:

W przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę innej działalności gospodarczej (w formie działalności prowadzonej przez osobę fizyczną lub w formie spółki cywilnej) należy złożyć również powyższe Oświadczenie w ramach tych działalności.

W przypadku gdy Wnioskodawcą jest spółka cywilna, powyższe Oświadczenie składa każdy z jej Wspólników.

.....
(data i miejscowość)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub wspólnika spółki cywilnej)

*** Art. 233 Kodeksu karnego:**

§ 1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2 Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznania, działając w zakresie swoich uprawnień uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

¹ Pomoc de minimis oznacza pomoc przyznaną temu samemu przedsiębiorstwu w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 EURO. Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.

² Należy podać pełną podstawę prawną udzielenia pomocy (nazwa aktu prawnego).

³ Pomocą jest każde wsparcie udzielone ze środków publicznych w szczególności: dotacje, pożyczki, kredyty, gwarancje, poręczenia, ulgi i zwolnienia podatkowe, zaniechanie poboru podatku, odroczenie płatności lub rozłożenie na raty płatności podatku, umorzenie zaległości podatkowej oraz inne formy wsparcia, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowują ich beneficjentów w stosunku do konkurentów.

⁴ Należy podać wartość pomocy w euro – równowartość pomocy w euro ustala się według kursu średniego walut obcych, ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu udzielenia.

Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis	
Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych 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)	
A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis¹⁾	A1. Informacje dotyczące wspólnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce²⁾
1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu 	1a) Identyfikator podatkowy NIP wspólnika ³⁾
2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu 	2a) Imię i nazwisko albo nazwa wspólnika
3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu 	3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wspólnika
4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę ⁴⁾ 	
5) Forma prawna podmiotu ⁵⁾	
☐ przedsiębiorstwo państwowe	
☐ jednoosobowa spółka Skarbu Państwa	
☐ jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 45, poz. 236)	
☐ spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)	
☐ jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.)	
☐ inna (podać jaka) 	
6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1) ⁵⁾	
☐ mikroprzedsiębiorca	
☐ mały przedsiębiorca	
☐ średni przedsiębiorca	
☐ inny przedsiębiorca	
7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.) ⁶⁾ 	
8) Data utworzenia podmiotu 	

9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami⁷⁾

Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

- a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu? ☐ tak ☐ nie
- b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy? ☐ tak ☐ nie
- c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi? ☐ tak ☐ nie
- d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy? ☐ tak ☐ nie
- e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców? ☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom⁸⁾

10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy

Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

- a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców? ☐ tak ☐ nie
- b) przejął innego przedsiębiorcę? ☐ tak ☐ nie
- c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy? ☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a) lub b) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom⁸⁾

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot⁸⁾

Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:

– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem⁸⁾

– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)

– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)

B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis⁹⁾

1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?

☐ tak ☐ nie

2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-¹⁰⁾?

☐ tak ☐ nie

☐ nie dotyczy

3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:

a) podmiot odnotowuje rosnące straty?

☐ tak ☐ nie

b) obroty podmiotu maleją?

☐ tak ☐ nie

c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany potencjał do świadczenia usług?

☐ tak ☐ nie

d) podmiot ma nadwyżki produkcji¹¹⁾?

☐ tak ☐ nie

e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?

☐ tak ☐ nie

f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?

☐ tak ☐ nie

g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?

☐ tak ☐ nie

h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest zerowa?

☐ tak ☐ nie

i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności finansowej?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, należy wskazać jakie:

C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis

Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi działalność:

1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury¹²⁾?

☐ tak ☐ nie

2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?

☐ tak ☐ nie

3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?

☐ tak ☐ nie

4) w sektorze drogowego transportu towarów?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?

☐ tak ☐ nie

5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?

☐ tak ☐ nie

6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest rozdzielnosc rachunkowa¹³⁾ uniemożliwiająca przeniesienie na wskazana w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?

☐ tak ☐ nie

☐ nie dotyczy

D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis

Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów?

☐

tak

☐

nie

Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc de minimis?

☐

tak

☐

nie

Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę¹⁴⁾ w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.

Lp.	Dzień udzielenia pomocy	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna udzielenia pomocy		Forma pomocy	Wartość otrzymanej pomocy		Przeznaczenie pomocy
			informacje podstawowe	informacje szczegółowe		nominalna	brutto	
	1	2	3a	3b	4	5a	5b	6
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:

1) opis przedsięwzięcia:

2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:

3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:

4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:

5) lokalizacja przedsięwzięcia:

6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:

7) etapy realizacji przedsięwzięcia:

8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:

E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji

Imię i nazwisko

Stanowisko służbowe

Numer telefonu

Data i podpis

- 1) W przypadku gdy o pomoc de minimis wnioskuję wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, w formularzu podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki.
- 2) Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuję wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika albo komplementariusza).
- 3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP.
- 4) Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowej http://www.uokik.gov.pl/porzadzanie_sprawozdan_z_wykorzystaniem_aplikacji_shrimp.php.
- 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X.
- 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.
- 7) Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego.
- 8) Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi.
- 9) Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc de minimis, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc de minimis ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2012 r. poz. 657, z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli prowadzenia działalności gospodarczej.
- 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski.
- 11) Dotyczy wyłącznie producentów.
- 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1).
- 13) Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.
- 14) Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza.

FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE

1) Imię i nazwisko albo firma Wnioskodawcy

.....

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres Wnioskodawcy

.....

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc*):

☐ działalność w rolnictwie

☐ działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

Lp.	Dzień udzielenia pomocy ¹⁾	Podstawa prawna ²⁾	Wartość pomocy ³⁾	Forma pomocy ⁴⁾	Przeznaczenie pomocy ⁵⁾
1					
2					
3					
4					
5					

Objaśnienia:

1) *Dzień udzielenia pomocy* - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) *Podstawa prawna* - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) *Wartość otrzymanej pomocy* - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.

4) *Forma pomocy* - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) *Przeznaczenie otrzymanej pomocy* - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

.....
 (imię i nazwisko)

.....
 (data i podpis)

*) Zaznaczyć właściwe.

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

OfPr/□□/□□□□

Oświadczam, że:

- zgodnie z art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (...) w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy ☐ zostałem* ☐ nie zostałem* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenia przepisów prawa pracy albo ☐ jestem* ☐ nie jestem* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
- oferta pracy nie jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju;
- dane zawarte w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.

I. FORMA UPOWSZECHNIENIA OFERTY PRACY		
☐ OFERTA OTWARTA* (zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy)	☐ OFERTA ZAMKNIĘTA* (nie zawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy)	
II. KATEGORIA OFERTY PRACY		
Oferta subsydiowana – organizowanie i finansowanie prac interwencyjnych		
III. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY		
1. Nazwa pracodawcy:		2. REGON:
		3. NIP:
		4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD 2007:
5. Adres siedziby pracodawcy: Kod pocztowy: Miejscowość Gmina Ulica Telefon	6. Osoba reprezentująca pracodawcę (do kontaktu): Nazwisko i imię: Stanowisko: Telefon: e-mail: Kontakt w godz. w dniach	7. Liczba zatrudnionych pracowników:
8. Forma prawna prowadzonej działalności*: ☐ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ☐ Spółka akcyjna ☐ Spółka cywilna ☐ Przedsiębiorstwo państwowe ☐ Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą ☐ Inna (jaka?)		9. Pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej*? ☐ TAK Nr certyfikatu Zgłaszana oferta jest ofertą pracy tymczasowej? ☐ TAK ☐ NIE
IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO MIEJSCA PRACY		
10. Nazwa zawodu:	11. Nazwa stanowiska:	12. Liczba wolnych miejsc zatrudnienia: w tym dla osób niepełnosprawnych:
13. Kod zawodu wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności □□□□□□	14. Adres miejsca wykonywania pracy:	15. Wnioskowana liczba kandydatów:
16. Rodzaj zatrudnienia*: ☐ umowa o pracę na czas nieokreślony ☐ umowa o pracę na czas określony	17. Zmianowość*: ☐ jednozmianowa ☐ dwie zmiany Praca w godz. od do Praca w wolne dni*: ☐ TAK ☐ NIE	18. Wymiar czasu pracy*: ☐ 1/1 ☐ 3/4 ☐ 1/2 19. Dodatkowe informacje*: ☐ możliwość zakwaterowania ☐ zapewnienie żywienia ☐ dowóz przez pracodawcę do miejsca pracy ☐ inne (jakie?)
20. Wysokość wynagrodzenia: (brutto miesięcznie) od do	21. System wynagradzania: (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja)	22. Planowana data rozpoczęcia zatrudnienia:
23. Okres zatrudnienia albo okres wykonywania umowy:		
24. Charakterystyka lub ogólny zakres obowiązków:		
25. Informuję, że na oferowanym stanowisku pracy*: ☐ WYSTĘPUJĄ ☐ NIE WYSTĘPUJĄ czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia, czynniki uciążliwe lub inne, W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej należy wypełnić Załącznik nr 2 do oferty		

V. OCZEKIWANIA PRACODAWCY WOBEC KANDYDATÓW DO PRACY

26. Poziom wykształcenia: ☐ brak lub niepełne podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ podstawowe ☐ pomaturalne/policealne ☐ średnie branżowe ☐ średnie ogólnokształcące ☐ średnie zawodowe ☐ średnie zawodowe 4 letnie ☐ wyższe ☐ zasadnicze branżowe ☐ zasadnicze zawodowe Typ wykształcenia: Wymaganie*: ☐ konieczne ☐ pożądane ☐ dodatkowe		27. Na oferowanym stanowisku wymagane jest badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych*: ☐ TAK ☐ NIE
28. Wymagane doświadczenie zawodowe*: ☐ NIE ☐ TAK okres stażu pracy		
29. Umiejętności: 1) 2) 3)		
30. Uprawnienia: 1) 2) 3)		
31. Znajomość języków obcych*: 1) język Stopień znajomości: w mowie ☐ A1 - początkujący ☐ A2 - niższy średnio zaawansowany ☐ B1 - średnio zaawansowany ☐ B2 - wyższy średnio zaawansowany ☐ C1 - zaawansowany ☐ C2 - biegły w piśmie ☐ A1 - początkujący ☐ A2 - niższy średnio zaawansowany ☐ B1 - średnio zaawansowany ☐ B2 - wyższy średnio zaawansowany ☐ C1 - zaawansowany ☐ C2 - biegły 2) język Stopień znajomości: w mowie ☐ A1 - początkujący ☐ A2 - niższy średnio zaawansowany ☐ B1 - średnio zaawansowany ☐ B2 - wyższy średnio zaawansowany ☐ C1 - zaawansowany ☐ C2 - biegły w piśmie ☐ A1 - początkujący ☐ A2 - niższy średnio zaawansowany ☐ B1 - średnio zaawansowany ☐ B2 - wyższy średnio zaawansowany ☐ C1 - zaawansowany ☐ C2 - biegły		
VI. POSTĘPOWANIE Z OFERTĄ PRACY		
32. Okres aktualności oferty: od dnia do dnia	33. Częstotliwość kontaktu z pracodawcą lub osobą wskazaną przez pracodawcę*: ☐ co 3 dni ☐ raz w tygodniu ☐ raz na 2 tygodnie	
34. Preferowana forma kontaktu*: ☐ osobisty ☐ telefoniczny ☐ e-mail ☐ inny		

Uwaga:

1. Pracodawca zgłasza ofertę pracy do jednego powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo innego wybranego przez siebie urzędu.
2. Powiatowy urząd pracy przyjmuje do realizacji krajową ofertę pracy, jeżeli zawiera ona wszystkie wymagane dane. W przypadku braku w zgłoszeniu krajowej oferty pracy wymaganych danych, powiatowy urząd pracy powiadamia pracodawcę krajowego o konieczności uzupełnienia zgłoszenia. Nieuzupełnienie przez pracodawcę krajowego zgłoszenia w terminie 7 dni od dnia powiadomienia powoduje, że oferta pracy nie jest przyjmowana przez powiatowy urząd pracy.
3. Powiatowy urząd pracy **nie może przyjąć** oferty pracy, jeżeli pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne oraz wyznanie lub orientację seksualną.
4. Powiatowy urząd pracy **może nie przyjąć** oferty pracy od pracodawcy, który w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
5. Zgłoszona oferta pracy jest aktualna maksymalnie przez okres 30 dni.
6. Pracodawca jest zobowiązany poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach, gdy oferta jest już nieaktualna, **tel.: (58) 694 09 24-25, (58) 694 09 21-23.**
7. Oferta pracy zostanie wycofana z Urzędu w przypadku co najmniej trzykrotnego braku możliwości skontaktowania się pracownika z pracodawcą.
8. Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny oraz za pośrednictwem poczty e-mail.

/miejsowość, data/

/pieczęć firmy i podpis pracodawcy/

VII. ADNOTACJE URZĘDU PRACY

1. Numer pracodawcy:	2. Data przyjęcia zgłoszenia:	3. Pracownik przyjmujący zgłoszenie:	4. Sposób przyjęcia oferty*: ☐ osobiście ☐ pisemnie ☐ fax ☐ e-mail ☐ inna forma
5. Pracownik realizujący ofertę:	6. Forma realizacji oferty*: ☐ skierowanie ☐ giełda pracy ☐ inne	7. Data wycofania oferty:	

* w przypadku wyboru właściwej odpowiedzi należy zaznaczyć znakiem „X”

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kartuzach, ul. Mściwoja II 4, 83-300 Kartuszy. Pani /Pana dane są przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej <http://kartuszy.praca.gov.pl> lub w siedzibie Administratora.