Nr akt……………………………..

 Data wpływu………………………….

Powiatowy Urząd Pracy

 w Wągrowcu

### WNIOSEK

#### **W SPRAWIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA AKTYWIZACYJNEGO ZA ZATRUDNIENIE SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO**

(zgodnie z art. 60 b ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /t.j. Dz. U.
 z 2013 r. poz.674 z póź. zm.)

**Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioskodawca udziela odpowiedzi na każdy punkt we wniosku,
a jeżeli informacje zawarte w punkcie nie dotyczą Wnioskodawcy, należy wpisać „nie dotyczy”, „nie posiadam”. Wnioski powinny być kompletne i poprawnie wypełnione. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje przyznania dofinansowania.**

**I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA AKTYWIZACYJNEGO:**

1. Wnioskowana liczba osób bezrobotnych skierowanych w ramach świadczenia aktywizacyjnego spośród **osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowywaniem dziecka lub bezrobotnych sprawujących opiekę nad osobą zależną, które w okresie 3 lat przed rejestracją
w urzędzie pracy zrezygnowały z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowania dziecka lub sprawowania opieki na nad osobą zależną………..**
2. Osoby bezrobotne zostaną zatrudnione przez okres co najmniej **(właściwe zaznaczyć):**

□ **18 miesięcy** - 12 miesięcy - okres przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego + 6 miesięcy dalszego zatrudnienia (świadczenie aktywizacyjne przysługuje w wysokości **połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie**)

□ **27 miesięcy** - 18 miesięcy - okres przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego + 9 miesięcy dalszego zatrudnienia (świadczenie aktywizacyjne przysługuje w wysokości **jednej trzeciej** **minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie**).

**II. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa pracodawcy zgodnie z dokumentami rejestrowymi (w przypadku os. fizycznej imię i nazwisko, PESEL): ...........................................................................................................................................................
2. Dokładny adres siedziby pracodawcy i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej: …………………………………………….…………………………………………………………………..
3. Adres korespondencyjny:

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

1. Telefon/fax …………………………….…………………………………………………………………….
2. E-mail..............................................................................................................................................................
3. NIP …………………………………………., Regon ………………………………………………………
4. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe…………………………………………………….
5. Osoba/-y upoważniona/-e do reprezentacji Wnioskodawcy, składania oświadczeń w zakresie praw
i obowiązków majątkowych, zaciągania w jego imieniu zobowiązań i podpisywania umów:

a)...........................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko, nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania)

b)..........................................................................................................................................................................

(imię i nazwisko, nr PESEL, seria i nr dowodu osobistego, adres zamieszkania)

1. Osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do kontaktu z Urzędem w sprawach związanych z wnioskiem:

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

(imię i nazwisko, stanowisko) (telefon)

1. Numer rachunku bankowego**:..........................................................................................................................**
2. Stan zatrudnienia Wnioskodawcy na dzień złożenia wniosku - liczba osób zatrudnionych
na podstawie umowy o pracę................................................ liczba etatów.....................................................
3. Sposób prowadzenia sprawozdawczości finansowej (forma opodatkowywania): (właściwe zaznaczyć)
	1. podatek od osób prawnych
	2. podatek od osób fizycznych - wnioskodawca prowadzi pełną księgowość,
	3. podatek od osób fizycznych - wnioskodawca prowadzi księgę przychodów i rozchodów,
	4. podatek od osób fizycznych - ryczałt od przychodów ewidencjonowanych,
	5. podatek od osób fizycznych - karta podatkowa.
4. Wielkość przedsiębiorcy: (właściwe zaznaczyć) a) mikro - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma

bilansowa nie przekracza 2 mln euro,

 b) małe - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma

 bilansowa nie przekracza 10 mln euro,

c)średnie **-** przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne nie przekraczają

50 mln euro i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro.

 d) pozostałe

## III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO MIEJSCA ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH

## Wnioskowana liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy.....................osób

1. Pożądane kwalifikacje:
* poziomwykształcenia:.........................................................................................................................
* kierunek wykształcenia: ......................................................................................................................
* dodatkowe wymagania:......................................................................................................................
1. Stanowiska pracy przewidziane dla bezrobotnych:
* nazwa stanowiska.........................................................................................................................
* liczba osób....................................................................................................................................
1. Zakres obowiązków (krótka charakterystyka czynności wykonywanych na stanowiskach)

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

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

1. Miejsce zatrudnienia osoby bezrobotnej

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

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

1. Termin wypłaty wynagrodzenia:*(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź),*

do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni

1. Proponowana wysokość wynagrodzenia *(brutto)…………………………………………………………*

**IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Pracodawca **zalega / nie zalega**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Pracodawca w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskał/nie uzyskał**\* pomoc publiczną, która **kumuluje się/nie kumuluje się**\*z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania
z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. Pracodawca **otrzymał/nie otrzymał**\*pomoc de minimis oraz pomoc de minimis
w rolnictwie/w rybołówstwie\* w wysokości ……………….. w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.
4. Pracodawca **spełnia / nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy
de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.);
5. Pracodawca **spełnia/nie spełnia***\** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia
18 grudnia 2013r. 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)
6. Pracodawca zobowiązuje się do:
7. **do zwrotu** wszystkich otrzymanych świadczeń aktywizacyjnych wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości kwoty otrzymanych świadczeń aktywizacyjnych od dnia wypłaty pierwszego świadczenia, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu, w przypadku rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę w trakcie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego lub niewywiązania się z warunku utrzymania osoby w zatrudnieniu przez okres odpowiednio 6 lub 9 miesięcy przypadających po ustaniu prawa do tego świadczenia,
8. **do zwrotu** 50% łącznej kwoty otrzymanych świadczeń aktywizacyjnych od dnia wypłaty pierwszego świadczenia w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu, w przypadku utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres uzyskiwania świadczenia aktywizacyjnego oraz przez co najmniej połowę okresu wymaganego utrzymania zatrudnienia 6 lub 9 miesięcy po upływie prawa do świadczenia,
9. **do zwrotu** wszystkich otrzymanych świadczeń aktywizacyjnych wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości kwoty otrzymanych świadczeń aktywizacyjnych od dnia wypłaty pierwszego świadczenia, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu, w przypadku odmowy przyjęcia skierowanego przez Powiatowy Urząd Pracy bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy
10. Pracodawca **uzyskał/ nie uzyskał \*** prawa do pożyczki z Funduszu Pracy na utworzenie miejsca pracy dla osoby, która miałaby być objęta świadczeniem aktywizacyjnym.
11. Pracodawca **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Wągrowcu otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

\* - niewłaściwe skreślić

**POUCZENIE**

Pracodawca jest obowiązany do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego po upływie okresu przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego, odpowiednio przez okres 6 lub 9 miesięcy.

W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy lub wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego albo przed upływem okresu odpowiednio 6 lub 9 miesięcy, Urząd kieruje na zwolnione stanowisko pracy innego bezrobotnego.

Świadczenie aktywizacyjne nie przysługuje w przypadku uzyskania przez pracodawcę prawa do pożyczki z Funduszu Pracy na utworzenie miejsca pracy dla osoby, która miałaby być objęta świadczeniem aktywizacyjnym.

**Wypłata świadczenia aktywizacyjnego jest dokonywana co miesiąc na wniosek pracodawcy po przedłożeniu miesięcznego potwierdzenia oraz udokumentowania zatrudnienia osoby bezrobotnej
i dokonania wypłaty pracownikowi wynagrodzenia, a także spełnieniu innych warunków określonych
w zawartej umowie.**

**Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania świadczenia aktywizacyjnego.**

**Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, zawarcie umowy następuje
w drodze oświadczenia woli stron i żadnej nie przysługuje roszczenie o jej zawarcie.**

**Wniosek może zostać uwzględniony tylko, jeśli jest kompletny i prawidłowo sporządzony.**

**Załączniki:**

* Kserokopię dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy
* Beneficjent pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu
w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.z 2007 r. Nr 59, poz.404 z póź.zm.) do wniosku dołącza informacje, zaświadczenia lub oświadczenia w zakresie o których mowa w art.37 ust.1 i 2 tej ustawy na wymaganym formiarzu.

\*zaznaczyć odpowiednie

**Wyrażam/-y zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

.

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Świadom/-mi odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

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

 (data) (pieczątka, podpis Wnioskodawcy bądź osoby upoważnionej

do reprezentowania Wnioskodawcy)