

Nr akt.....

Data wpływu.....

Powiatowy Urząd Pracy  
w Wągrowcu

**WNIOSEK  
W SPRAWIE PRYZNANIA 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:  
.....
4. Telefon/fax .....
5. E-mail.....
6. NIP ....., Regon .....

7. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe.....
8. 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)
9. Osoba upoważniona przez Wnioskodawcę do kontaktu z Urzędem w sprawach związanych z wnioskiem:  
.....  
(imię i nazwisko, stanowisko) (telefon)
10. Numer rachunku bankowego:.....
11. Stan zatrudnienia Wnioskodawcy na dzień złożenia wniosku - liczba osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę..... liczba etatów.....
12. Sposób prowadzenia sprawozdawczości finansowej (forma opodatkowywania): (właściwe zaznaczyć)
- podatek od osób prawnych
  - podatek od osób fizycznych - wnioskodawca prowadzi pełną księgowość,
  - podatek od osób fizycznych - wnioskodawca prowadzi księgę przychodów i rozchodów,
  - podatek od osób fizycznych - ryczałt od przychodów ewidencjonowanych,
  - podatek od osób fizycznych - karta podatkowa.
13. Wielkość przedsiębiorcy: (właściwe zaznaczyć)
- mikro - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro,
  - małe - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro,
  - 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.
  - pozostałe

### III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO MIEJSCA ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH

- Wnioskowana liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy.....osób
- Pożądane kwalifikacje:
  - poziom wykształcenia:.....
  - kierunek wykształcenia: .....
  - dotychczasowe wymagania:.....
- Stanowiska pracy przewidziane dla bezrobotnych:
  - nazwa stanowiska.....
  - liczba osób.....
- Zakres obowiązków (krótka charakterystyka czynności wykonywanych na stanowiskach)  
.....  
.....  
.....
- Miejsce zatrudnienia osoby bezrobotnej  
.....  
.....
- Termin wypłaty wynagrodzenia:(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź),
  - do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący,
  - do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni
- 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:
  - a) **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,
  - b) **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,
  - c) **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
7. Pracodawca **uzyskał/ nie uzyskał \*** prawa do pożyczki z Funduszu Pracy na utworzenie miejsca pracy dla osoby, która miałaby być objęta świadczeniem aktywizacyjnym.
8. 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 formularzu.

\*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)

.....  
(pieczętka, podpis Wnioskodawcy bądź osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)