……………………, dnia ………..…………..r.

Centrum Aktywizacji Zawodowej

Powiatowy Urząd Pracy

ul. Opolska 19; 41-500 Chorzów

tel. (032)3497-101; (032)3497-127

fax. (032)3497-100

e-mail:kach@praca.gov.pl

 www.pupchorzow.pl

Numer wniosku ……………………..

 (nadaje Urząd)

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA AKTYWIZACYJNEGO**

za zatrudnienie bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną

na zasadach określonych w art.60b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 645 z późn. zm.)

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**:
2. Nazwa Pracodawcy .....................................................................................................................................

 Reprezentowany przez ……………………………………………………………………………………………..

1. Adres siedziby: ………………………………………………………………………………………………………

 Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby*): ………………………………………………………………………………………………………………………..

 tel. ………………….………............. fax ………….……………............. e-mail ……...…………………........

1. Imię i nazwisko, PESEL i adres zamieszkania (w przypadku osoby fizycznej i spółki cywilnej)

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

 ……………...………………………………………………………………… PESEL ………………………….

1. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD ……………… Data rozpoczęcia działalności ……………...……
2. REGON ……..……………………... NIP ……………..…………... E-mail ……..……………………………..
3. Forma prawna Pracodawcy ( właściwe zaznaczyć)

 [ ] spółka ( rodzaj) ………………………………………………………………………………………………

 [ ] osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

 [ ] stowarzyszenie

 [ ] fundacja

 [ ] inna ( podać jaka) ………………………………………………………………………………………………

1. Forma opodatkowania *( właściwe zaznaczyć)*

[ ] pełna księgowość – stawka % ………………………………………………………………………………

[ ] księga przychodów i rozchodów – stawka% ………………………………………………………………...

[ ] karta podatkowa

[ ] ryczałt od przychodów ewidencjonowanych % ……………………………………………………………...

1. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) …………………………………..…………….
2. Wielkość przedsiębiorcy *( właściwe zaznaczyć):*

 [ ] **Mikro przedsiębiorstwo** to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz
 jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza
 2 milionów euro

[ ] **Małe przedsiębiorstwo** to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego
 roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza
 10 milionów euro.

[ ] **Średnie przedsiębiorstwo** to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz
 jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza
 43 milionów euro.

[ ] **Inne przedsiębiorstwo**  Nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej

10. Stan zatrudnienia u Pracodawcy na dzień złożenia wniosku – liczba osób zatrudnionych
 na podstawie umowy o pracę ……………… ………….. liczba etatów ………………………………………

11. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

 ………………………………….. …………………………………..

 nazwisko i imię stanowisko

 ………………………………….. …………………………………..

 nazwisko i imię stanowisko

12. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z PUP................................................................................

 .................................................................. / telefon..........................................................................................

1. **DANE DOTYCZĄCE PRZYZNANIA DOFINANSOWANIA WYNAGRODZENIA:**
2. Liczba bezrobotnych za których pracodawca chce uzyskać świadczenia aktywizacyjne: …….
3. Wnioskowany okres przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego *( właściwe zaznaczyć)*:

[ ] **12 miesięcy** za zatrudnienie bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przysługuje
 refundacja w wysokości połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę, miesięcznie
 za każdego skierowanego bezrobotnego - po upływie okresu przysługiwania
 świadczenia aktywizacyjnego Pracodawca jest **zobowiązany do dalszego zatrudnienia**
 skierowanego bezrobotnego **przez okres 6 miesięcy**;

[ ] **18 miesięcy** za zatrudnienie bezrobotnego w pełnym wymiarze czasu pracy przysługuje
 refundacja w wysokości jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za pracę, za
 każdego skierowanego bezrobotnego - po upływie okresu przysługiwania
 świadczenia aktywizacyjnego Pracodawca jest **zobowiązany do dalszego zatrudnienia**
 skierowanego bezrobotnego **przez okres 9 miesięcy**

1. Nazwa stanowiska pracy : ……………………………………………………………………………………

Kod zawodu według klasyfikacji zawodów i specjalności : ………………………………………………

1. Wymagania dotyczące :
* poziomu wykształcenia:…………………………………………………………………
* kierunku wykształcenia: …………………………………………………………………
* inne dodatkowe wymagania /, umiejętności niezbędne do podjęcia zatrudnienia przez skierowanego bezrobotnego: ………………………..…...…….………………………………….
1. Proponowane warunki pracy:
	1. zmianowość ………………………………………………………………………………….……..…..
	2. godziny pracy ……………………................................................................................................
	3. system wynagradzania…………………………………………………………………………………
2. Miejsce wykonywania pracy: …………………………………………………………………………………………………

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

1. Zakres obowiązków (krótka charakterystyka czynności wykonywanych na stanowisku) :
 ……………………………………………………………………………………………………………………..………………

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

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

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

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

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

**Załączniki:**

1. Informacja przedstawiana przy ubieganiu się o pomoc de minimis wg wzoru do Rozporządzenia Rady ministrów
 z dnia 24 października 2014 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przed podmiot ubiegający się

o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r., poz.1543)- zał. 1.

1. Informacja o pomocy publicznej o otrzymanej przez podmiot w roku w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu
 dwóch poprzedzających go lat - zał.2.
2. Wypełniony formularz oferty pracy - zał.3.
3. Oświadczenie pracodawcy – zał.4
4. Wnioskodawca prowadzący działalność w formie spółki cywilnej – kserokopie umowy spółki wraz z oryginałem
 do wglądu.
5. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy.

**Pouczenie:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wnioski nieuzupełnione i niekompletne nie będą rozpatrywane.
2. Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania świadczenia aktywizacyjnego.
3. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego nie przysługuje odwołanie.

4. Pozytywne rozpatrzenie wniosku uzależnione jest od wysokości środków finansowych przeznaczonych

 na tą formę wsparcia.

1. Złożony wniosek o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego nie podlega zwrotowi.
2. 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.

**Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§1 k.k., który stanowi:**

„ Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech.”

…………………………………………….

 (podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Załącznik Nr 4

**OŚWIADCZENIE**

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że:

.

1. Wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wystąpieniu wszelkich zmian
 dotyczących informacji zawartych w niniejszym wniosku oraz w załącznikach mających wpływ
 na zawieraną umowę oraz udzielenie pomocy *de minimis.*
3. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie zobowiązań podatkowych..
4. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz
 z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz
 Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
5. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
6. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
7. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i likwidacyjne..

8. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku nie zostałem ukarany lub skazany
prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo nie jestemobjęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. – t.j. Dz. U. z 2016 r.,
poz. 645 z późn. zm.).

1. Prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających przed dniem złożenia wniosku, z tym że do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
2. Spełniam warunki określone 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).
3. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007r w sprawie stosowania art.87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasad de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 ( Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007r).
4. Dane zawarte w KRS udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia wniosku są aktualne / nieaktualne / nie dotyczy\*.
5. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Gospodarki na dzień złożenia wniosku są aktualne / nieaktualne / nie dotyczy\*.
6. Nie otrzymałempożyczki z Funduszu Pracy na utworzenie miejsca
pracy dla osoby, która miałaby być objęta świadczeniem aktywizacyjnym.
7. Zapoznałem się z treścią art.60b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 645 z późn. zm.).
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie we wniosku dla celów związanych z przyznaniem środków Funduszu Pracy na refundację świadczenia aktywizacyjnego za zatrudnienie bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, o które wnioskuję i realizacji zawartej umowy w przypadku przyznania środków, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późń. zm.).

…………………………………………….

 (podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Załącznik Nr 2

 Chorzów, dnia …………………………………………..……

## INFORMACJA O POMOCY PUBLICZNEJ OTRZYMANEJ PRZEZ PODMIOTW ROKU W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE PODMIOTU, KTÓRY OTRZYMAŁ POMOC PUBLICZNĄ**

|  |
| --- |
| 1. Pełna nazwa (firma) podmiotu |
| 2. Adres lub siedziba podmiotu |
| 3. Numer identyfikacyjny REGON |
| 4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) |

**POMOC PUBLICZNA DE MINIMIS OTRZYMANA W ROKU W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O POMOC ORAZ W CIĄGU DWÓCH POPRZEDZAJĄCYCH GO LAT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielania pomocy | Nr umowy/Nr decyzji | Okres, na jaki została udzielona pomoc | Wartość pomocy w PLN (brutto) | Forma pomocy | Przeznaczenie pomocy |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc informacji o wartości pomocy udzielonej w roku w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat, pomoc nie
może być udzielona temu podmiotowi zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r., Nr 59, poz. 404 z późn. zm.)

**Jednocześnie oświadczam, że nie otrzymałem/otrzymałem\* inną pomoc ze środków publicznych, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych.**

Zgodnie z art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r., Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) podmiot, który otrzymał inną
pomoc niż pomoc de minimis zobowiązany jest do przedstawienia informacji otrzymanej pomocy publicznej.

\* - Niepotrzebne skreślić

 ……….….…………………………………………

 (pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji firmy

Załącznik Nr 3

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

W przypadku zamieszczenia w ofercie pracy wymagań dyskryminujących naruszających zasadę równego traktowania
w zatrudnieniu lub zgłoszenia oferty do innego urzędu pracy PUP Chorzów nie może przyjąć do realizacji oferty pracy.
W sytuacji, jeśli pracodawca w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy został skazany prawomocnym wyrokiem
 za naruszenie przepisów prawa pracy lub jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszania przepisów prawa pracy PUP Chorzów może nie przyjąć do realizacji oferty pracy.

|  |
| --- |
| **I.** **Informacje dotyczące pracodawcy** |
| 1. Nazwa pracodawcy .....................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Nazwisko i imię pracodawcy……………………………...………………….

……………………………………………………………......................................1. Nazwisko i imię, stanowisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu……………………………………………….….

 tel.………………….. .…. e-mail …………..…………..…… | 4. Adres pracodawcykod pocztowyulica ................................................................................miejscowość ...................................................................tel. ….......................................... e-mail ………………….........strona www…………………………………………….5.Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej **NIE** / **TAK** nr ………………………….6. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej……………….7.Liczba zatrudnionych pracowników ............................... |
| 8.Numer statystyczny Pracodawcy (REGON) …………………………….…9. Podstawowy rodzaj działalności w/g EKD/PKD………………………...10. NIP – ........................................................................................... |
| 11. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy pracodawcy został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy lub jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. **TAK / NIE** | 12. Forma prawna prowadzonej działalności……………………………….……………………………… | 13. Forma kontaktu z pracodawcą1) osobisty2) telefoniczny3) inny ( jaki )……………………………… |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy oraz oczekiwań pracodawcy wobec kandydatów do pracy**  |
| 14. Niniejsza oferta **JEST / NIE JEST** zgłoszona w tym samym czasie do innego powiatowego urzędu pracy. |
| 15. Dokumenty aplikacyjne wymagane od kandydatów do pracy …………………………………………………………………………………………………. |
| 16.Nazwa zawodu ...................................................................................................17.Nazwa stanowiska.................................................................................................18.Kod zawodu | 19.Miejsce wykonywania pracy..................................................................................................................20. Rodzaj umowy:1) umowa o pracę2) umowa zlecenie3) umowa o dzieło4) inne (jaka?)................................................................................................. | 21.Liczba wolnych miejsc pracy:* + w tym dla osób niepełnosprawnych
 |  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
| 22.Wnioskowana liczba kandydatów |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 23. System i rozkład czasu pracy(np. 40 godzin tygodniowo, w godzinach 7:00-15:00) ................................................................................................................................................................................................................................................ | 24. Wymiar czasu pracy 1) pełny etat2) pół etatu3) inne (jaka?)................................................................................................. | 25.Zmianowość1) jednozmianowa2) dwie zmiany3) trzy zmiany4) ruch ciągły5) inne (jaka?)................................................................................................. | 26.Okres zatrudnienia ( w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę )1) umowa na okres próbny (z możliwością przedłużenia)2) umowa na czas określony3) umowa na czas nieokreślony4)okres wykonywania pracy w przypadku umowy cywilno – prawnej…………………………............................................... |
| 27.Wysokość wynagrodzenia – brutto (miesięcznie) .................................................................................................. | 28.System wynagrodzenia (akordowy prowizyjny, czasowy itp.) ................................................ | 29. Data rozpoczęcia pracy…………………………….. | 30. Czy oferta jest ofertą pracy tymczasowej?1) tak2) nie |
| 31.Wymagania – oczekiwania pracodawcy1) wykształcenie ...........................................................................…………………………………………………………………..2) doświadczenie zawodowe ........................................................………………………………………………………………….3) umiejętności, uprawnienia...................................................................................................................................................................................................................................................................4) znajomość i poziom języków obcych ……………………………..……..…………………………………………………………………………………………………5\*) zainteresowanie zatrudnieniem kandydata z państw EOG…………………………………………………………………..38. Zainteresowanie upowszechnieniem oferty pracy w wybranych państwach EOG ( jakich )………………………………………….  |  32.Ogólny zakres obowiązków..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................33. Wskazanie do przekazania oferty pracy do wybranych powiatowych urzędów pracy we celu upowszechnienia w ich siedzibie (jakich?)………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………. |
| **III. Postępowanie z ofertą pracy – wypełnia PUP w Chorzowie** |
| 35. Stwierdzenie, że oferta nie jest w tym samym czasie zgłoszona do innego urzędu pracy  Oferta nie zgłoszona  Oferta zgłoszona | 36.Częstotliwość kontaktu z pracodawcą……………………………....……………………………...……………………………… | 37.Okres aktualności oferty………………………………. | 38. Konieczność przekazania oferty do innych Urzędów ( w sytuacji braku zarejestrowanych kandydatów spełniających wymagania pracodawcy )………………………………..………………………………..……………………………….. |
| 39. Data przekazania oferty do innych urzędów……………………………… | 40. Podpis pracownika przyjmującego ofertę  …………………………….. | 41.Inne ……………………………...................................................................………………………………………………………………………………………………………...................................................................……………………………...................................................................…………………………………………………………………………  |

WYRAŻAM ZGODĘ na podawanie do wiadomości publicznej danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (OFERTA OTWARTA).

NIE WYRAŻAM ZGODY na podawanie do wiadomości publicznej danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (OFERTA ZAMKNIĘTA).

\* W przypadku zainteresowania kandydata z państw EOG prosimy o wypełnienie oferty krajowej dla pracodawców zainteresowanych zatrudnieniem pracowników z wybranych państw EOG.

**Informacja dla Pracodawców:**

Wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy
i mogą dyskryminować kandydatów do pracy, to w szczególności wymagania dotyczące płci, wieku, niepełnosprawności, rasy, religii, narodowości, przekonań politycznych, przynależności związkowej, pochodzenia etnicznego, wyznania lub orientacji seksualnej.

 …………………………………

Podpis Pracodawcy