

…………………………………………… **Powiatowy Urząd Pracy**

**Pieczęć wnioskodawcy w Poznaniu**

**ul. Czarnieckiego 9**

**61-538 Poznań**

**WNIOSEK**

**O ZAWARCIE UMOWY PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA AKTYWIZACYJNEGO ZA ZATRUDNIENIE BEZROBOTNEGO RODZICA POWRACAJĄCEGO NA RYNEK PRACY**

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j. t. Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.)

**INFORMACJE PODSTAWOWE O WNIOSKODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy ….……………………………………………………………………..………………………………………………….
2. Adres siedziby …………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………….
4. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………………………………………….……………..
5. Telefon ……………………………………. fax ………….………………….. e-mail ………………………………..……………………
6. Forma organizacyjno –prawna …………………………………………………………………………………………………………..
7. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ……………………………………..…………………………………………………
8. REGON …………………..………………..…………………... NIP ………………..…………………………………………..…
9. Wielkość przedsiębiorstwa (mikro, małe, średnie, inne\*) …………………………………………………………………..

*(\*właściwe zakreślić) 1) W kategorii MŚP mikro przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

*2 )W kategorii MŚP przedsiębiorstwo małe definiuje się jako zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.*

*3 )W kategorii MŚP na średnie przedsiębiorstwa (MŚP) składają się przedsiębiorstwa zatrudniające mniej niż 250 pracowników, i których roczny obrót nie przekraczają 50 milionów EUR, a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.)*

1. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: …………………………
2. Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………………………….

Numer rachunku bankowego ………………………………………………………………………………………

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Liczba osób zatrudnionych u wnioskodawcy (umowy o pracę, umowy cywilno-prawne): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Liczba pracowników zatrudnionych u Wnioskodawcy, w dniu złożenia wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (tylko umowy o pracę) ……………………………………………………………………………….
4. Wnioskuję o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego dla ……………….. osób bezrobotnych przez okres 12 miesięcy.
5. **Terminy realizacji wypłaty wynagrodzenia (właściwe zaznaczyć):**

**-do 10- go dnia kolejnego miesiąca po miesiącu rozliczeniowym**

**-do ostatniego dnia miesiąca rozliczeniowego**

1. **Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć):**

**- ZALEGAM**

**- NIE ZALEGAM**

Z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

**(Umowa nie może być zawarta z pracodawcą jeżeli w dniu składania wniosku zalega z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych)**

**………………………………………………………………**

**Data i czytelny podpis**

**ZGŁOSZENIE OFERTY PRACY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I DANE DOTYCZĄCE ZGŁOSZONEGO MIEJSCA PRACY** | | | |
| **1.Nazwa stanowiska**  .............................................. ..............................................  ..............................................  .............................................. | | **2. Wnioskowana liczba osób do zatrudnienia** | |
| **3.Adres miejsca pracy**  ........................................  ..........................................  .......................................... | **4. Rodzaj umowy**  o pracę na czas nieokreślony  o pracę na czas określony  na okres…………………….. | **5. Wysokość wynagrodzenia brutto:**  **………………………………** | 1. **6. Wymiar czasu pracy**   pełny etat  inne…….. |
| **7. Rozkład pracy w godz.**  jedna zmiana – godz.……………….………….…  dwie zmiany – godz.……………………………...  trzy zmiany – godz.………………………………  ruch ciągły  ff inne………………………………. | |

**II DANE DOTYCZĄCE OCZEKIWAŃ WOBEC KANDYDATA**

|  |  |
| --- | --- |
| 9. Wykształcenie (kierunek) ……………………………………………………………………………  10. Doświadczenie zawodowe…………………………………………………………………………….  11. Umiejętności…………………………………………………………………………………………..  12. Uprawnienia…………………………………………………………………………………………  13. Znajomość j. obcych (stopień znajomości)…………………………………………………………..  14. Dodatkowe oczekiwania………………………………………………………………………………  15. Charakterystyka lub rodzaj wykonywania pracy……………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………. | |
| 16. Preferowana forma kontaktu z pracodawcą:  1) kontakt osobisty w godz. ………………………………  2) telefoniczne umówienie spotkania……………………..  3) inne……………………………………………………. | 17. Jakie dokumenty ma złożyć potencjalny kandydat:  CV świadectwo pracy  list motywacyjny inne…………….. |

**III. OŚWIADCZENIA**

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z Kodeksu Karnego art. 233 §1 „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 od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że:

1. Dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Spełniam warunki o dopuszczalności udzielania pomocy publicznej, o której mowa w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r.   
   Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).
3. Nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracowników oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
4. W ciągu ostatnich 365 dni nie zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy .
5. Nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego; na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego.
6. Zapoznałem się z zasadami przyznania świadczenia aktywizacyjnego zamieszczonymi na stronie internetowej Urzędu: [www.poznan.praca.gov.pl](http://www.poznan.praca.gov.pl)

…………………………………………….

Czytelny podpis Wnioskodawcy

Zobowiązuję się do :

1. Niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
2. Złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy, otrzymam taką pomoc.
3. Niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz załącznikach.
4. Nieprzerwane zatrudnienie skierowanej osoby bezrobotnej minimum przez okres objęty świadczeniem aktywizacyjnym oraz utrzymanie w zatrudnieniu skierowanej osoby bezrobotnej przez 6 miesięcy po upływie okresu przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego.
5. Przestrzeganie w stosunku do skierowanych bezrobotnych wszelkich uprawnień wynikających z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Złożony niekompletny wniosek bądź zawierający braki formalne będzie rozpatrywany po ich uzupełnieniu we wskazanym terminie.
2. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Poznaniu , pomoc nie będzie udzielana na zatrudnienie osoby bezrobotnej, która w ciągu 6 miesięcy przed dniem rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy była zatrudniona lub wykonywała inną pracę zarobkową lub odbywała staż bądź przygotowanie zawodowe dorosłych u wnioskującego Pracodawcy.

*………………….., dnia ………………………. ………………………………………………….*

*/ podpis i pieczęć Wnioskodawcy /*

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 2
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów.
3. W przypadku gdy pracodawcą jest spółka cywilna prosimy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
4. W przypadku gdy miejscem wykonywania pracy nie jest siedziba firmy, należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu wykonywanej pracy.
5. W przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność rolniczą lub dział specjalny produkcji rolnej prosimy do wniosku dołączyć:

- dokument potwierdzający fakt posiadania gospodarstwa rolnego lub prowadzenia działu specjalnego( np. decyzja o wysokości podatku rolnego, zaświadczenie z właściwego urzędu gminy, zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o podleganiu opodatkowaniu z tytułu prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej),

- oświadczenie o niezaleganiu ze składkami wobec KRUS