**WNIOSEK**

**O ZAWARCIE UMOWY W SPRAWIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA AKTYWIZACYJNEGO**

**ZA ZATRUDNIENIE BEZROBOTNEGO POWRACAJĄCEGO NA RYNEK PRACY**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1065 z późn. zm.)

1. **INFORMACJE PODSTAWOWE O WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy ………………………………………………………………..……………………………
3. Adres siedziby …………………………………………………………………………………………………..
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, duże\* *(\*właściwe zakreślić)*
10. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe: ………………………..….…
11. Nazwa banku …………………………………………………………………………………………………

 Numer rachunku bankowego: ………………………………………………………………………..………

1. Dane osób reprezentujących Wnioskodawcę uprawnionych do podpisania umów (w przypadku pełnomocnictwa) ……………………………………………………………………………………………………………………
2. Ogólna liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku (bez umów zlecenie): …………………….
3. **INFORMACJA O PLANOWANYM ZATRUDNIENIU**
4. Wnioskuję o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego dla ……………… osoby/osób bezrobotnej/ych przez okres 12 \*/ 18\* miesięcy *(\*wskazać właściwe*)
5. Proponowany okres zatrudnienia

od …………………... do …………………. tj. …………………. miesięcy

1. Rodzaj wykonywanych prac w okresie obowiązywania umowy:
2. nazwa stanowiska (zgodnie z klasyfikacją zawodów): …………………….……………………………..…
3. zakres wykonywanych czynności: …………………………………………………………………..………
4. Wymagane kwalifikacje osoby bezrobotnej:
5. wykształcenie: ……………………………………………………………………………………………...….
6. specjalność: …..……………………………………………………...............................................
7. dodatkowe kwalifikacje: .………………………………………………………………………………….…..
8. Miejsce pracy: ..………………………………………………………………………………………..……….………

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

1. Zmianowość: ………..…………...……; praca w godzinach: od ……………………… do ……………....……....
2. Proponowany wymiar czasu: …………………………………………………………………………….……...
3. Proponowane wynagrodzenie (brutto): ……………………………………………………….……………..…
4. **OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE**

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 (Tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 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 byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem w tej sprawie (zgodnie z art. 36 ust.5e pkt 2 ustawy o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku 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.

Ponadto 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.

Deklaruję:

1. Nieprzerwane zatrudnienie skierowanej osoby bezrobotnej minimum przez okres objęty świadczeniem aktywizacyjnym oraz utrzymanie w zatrudnieniu skierowanej osoby bezrobotnej przez odpowiednio 6 lub 9 miesięcy po upływie okresu przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego.
2. 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.
2. Jeśli nie zostanie zawarta umowa w ciągu 60 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia wniosku
w związku z brakiem odpowiednich kandydatów wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania Pracodawcy.
3. Zgodnie z zasadami obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Chrzanowie, pomoc nie będzie udzielana na zatrudnienie osoby bezrobotnej, która wcześniej była pracownikiem u tego Pracodawcy (niezależnie od formy i długości zatrudnienia) lub spokrewnionej z Pracodawcą.

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

 */ podpis i pieczątka Wnioskodawcy /*

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio
z dokumentów.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de mini mis)
3. Oświadczenie i informacja w zakresie pomocy de minimis, jaką wnioskodawca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż ...........................................................................................................................................

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

*(pełna nazwa Wnioskodawcy zgodna z dokumentami rejestrowymi, nr NIP i REGON)*

 \* w okresie bieżącego roku kalendarzowego nie uzyskałem pomocy publicznej *de minimis.*

 \* w okresie dwóch lat kalendarzowych poprzedzających rok bieżący nie uzyskałem pomocy publicznej
 *de minimis.*

 \*w okresie bieżącego roku kalendarzowego uzyskałem pomoc publiczną *de minimis*

 \*w okresie dwóch lat kalendarzowych poprzedzających rok bieżący uzyskałem pomoc publiczną
 *de minimis*

………..……………………………………………………..………………

 *( data, pieczątka i czytelny podpis Wnioskodawcy)*

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopie zaświadczeń lub oświadczeń o otrzymanej pomocy .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Łącznie** |  |  |

W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis.

 ………..……………………………………………………..………………

  *(data, pieczątka i czytelny podpis Wnioskodawcy)*

UWAGA:

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

\* – należy zaznaczyć właściwą odpowiedź.

\*\* - Tabela wypełniana w przypadku zaznaczenia w *Oświadczeniu o pomocy de minimis* uzyskania pomocy publicznej de minimis w bieżącym roku kalendarzowym lub/i w 2 latach kalendarzowych poprzedzających rok bieżący.

- wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy
*de minimis,* jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy de minimis w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch lat kalendarzowych poprzedzających rok bieżący.