**WNIOSEK**

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

**ZA ZATRUDNIENIE BEZROBOTNEGO POWRACAJĄCEGO NA RYNEK PRACY**

*/obowiązujący od 2019r./*

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm. i 1149).

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.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

 Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8, 32-500 Chrzanów, tel: 32/75 33 800, fax: 32/ 75 33 899, email: krch@praca.gov.pl.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyznaczył inspektora ochrony danych. Inspektorem danych osobowych jest Pani Marta Płatek. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: mplatek@pup-chrzanow.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity [Dz.U. 2018, poz. 1265](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001065) z późn. zm.) w celu przyznania świadczenia aktywizacyjnego.
4. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od zamknięcia sprawy.
6. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
9. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

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

 *(podpis i pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)*