…………………………………… Środa Śląska ……………………….

/ pieczęć firmowa Pracodawcy /

Powiatowy Urząd Pracy

W Środzie Śląskiej

###### *WNIOSEK*

###### *o zawarcie umowy o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego*

na zasadach określonych w art. 60 c ustawy z 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy / Dz.U z 2019r poz.1482z późn. zm/

**A DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1 Pełna nazwa zakładu..............................................................................................................................................

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

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

2. Adres siedziby pracodawcy, numer telefonu:

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

3.Nazwisko i imię osoby prowadzącej sprawy kadrowe , nr telefonu

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

4.Nr Regonu………………….kod PKD………………Nr NIP……………………………...

5.Numer konta bankowego :

Nazwa banku…………………………………………………………………….........................................................................

Nr rachunku ………………………………………………………………………………...........................................................

5.Forma organizacyjno prawna .......................................................................................................................

6.Forma opodatkowania...................................................................................................................................

7. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu wypadków przy pracy w moim

zakładzie wynosi .................%

8.Forma finansowania.....................................................................................................................................

9. Data rozpoczęcia ............................................................ .........................................................................

10 .Miejsce prowadzenia.................................................................................................................................

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

11.Wielkość pracodawcy MAŁY \* ŚREDNI \* INNY\*

\* skreślić niepotrzebne

12. Charakterystyka profilu działalności ....................................................................................

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

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

13. Ogólna liczba pracowników stałych już zatrudnionych........................................................

umowy o pracę na czas nieokreślony............................. osób

umowy o pracę na czas określony ................................. osób

umowy zlecenia.....................................................................osób

Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy

/ **zgodnie z dokumentacją rejestracyjną** /

**………………………………………………. ………………………………………………………**

nazwisko i imię funkcja

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

nazwisko i imię funkcja

##### B Informacja o wcześniejszej współpracy z urzędem pracy w Środzie Śląskiej

Informacjao korzystaniu z form subwencji z Funduszu Pracy / prace interwencyjne, roboty publiczne,

refundacje kosztów wyposażenia stanowiska pracy , środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej , staż , przygotowanie zawodowe

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa programu | Numer umowy | Czas trwania umowy  Od Do | | Liczba osób zatrudnionych w ramach umów | Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umów  Czas czas  określony nie  określony | | Przyczyny zwolnień  pracowników |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**C .DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA I ZATRUDNIENIE BEZROBOTNEGO**

1. Liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy

........... osób

2.Pożadane kwalifikacje / poziom i kierunek wykształcenia /:

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

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

3.Dodatkowe wymogi stawiane kandydatom do zatrudnienia:

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

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

1. Stanowiska pracy przewidziane dla bezrobotnych / zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności

……………………………………………………liczba osób ……………………………………

/ nazwa stanowiska /

…………………………………...............liczba osób.....................................................

/ nazwa stanowiska /

5.Zakres obowiązków / krótka charakterystyka czynności wykonywanych na stanowiskach

wskazanych w punkcie 4/:

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

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

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

6.Wnioskowany okres subsydiowanego zatrudnienia bezrobotnego ………………………………….miesięcy

7.Wnioskowany termin zatrudnienia …………………...........................................................................................

8. Miejsce zatrudnienia bezrobotnego …………………………………………….........................................................

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

10.Proponowane wynagrodzenie / brutto/ ……………………………………………………………………………………….

11.Koszt miesięczny pracodawcy w tym składka ZUS ..................................................................................

12. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia ...................................................................

13.Termin wypłaty wynagrodzeń…………………………………………………………………………………………………………

14.Godziny pracy /zmianowość/ od ……………………………………….. do …………………………………………….

15.Dalsze zatrudnienie po zakończeniu refundacji na okres ………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na wykorzystanie powyższych danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Środzie Śląskiej w zakresie świadczenia usług rynku pracy / Ustawa z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych tj. Dz U z 202 nr 101 poz. 926 z późn. zm/

…………………………………………………………

/ pieczątka i podpis wnioskodawcy /

OŚWIADCZENIE

1**.Zatrudniam / nie zatrudniam \*co najmniej jednego pracownika** / zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy , stosunku

służbowego oraz umowy o pracę nakładczą

21.**Zalegam / nie zalegam\*** z zapłatą wynagrodzeńpracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne,

ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy , Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin

publicznych

3.**Zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy

publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem

Pracy, otrzymam pomoc publiczną.

4.**Oświadczam, że w okresie 365 dni** poprzedzających zgłoszenie oferty pracy  **zostałem/ nie zostałem\***

skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub**jestem / nie jestem**\*

objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie oraz, że ofertę pracy zgłosiłem tylko do

Powiatowego Urzędu Pracy w Środzie Śląskiej.

5**. Oświadczam** że w okresie poprzedzającym złożenie wniosku **uzyskałem /nie uzyskałem\*** pomoc publiczną**,**

która **kumuluje / nie kumuluje się \*** z wnioskowana pomocą.W przypadku korzystania z pomocy publicznej dla

podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie.

6. **Spełniam / nie spełniam** \* 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 L352 z

24.12.2013, str 1

7.**Spełniam / nie spełniam \***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 24.12.2013r. str.9/

## 8. Zobowiązuję się :

## a/ utrzymaćutworzone miejsce pracy przez odpowiedni okres 6lub 9 miesięcy po zakończeniu refundacji

## b/ do zwrotuwszystkich 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,

## c/ 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,

## d/ do zwrotu wszystkich otrzymanych świadczeńaktywizacyjnych 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 bezrobotnego przez Powiatowy Urząd Pracyna zwolnione stanowisko pracy

**10.Przyjmuje do wiadomości** że powiatowy urząd pracy nie może przyjąć oferty pracy, o ile pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania , które

naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy , w

szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religie, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową , pochodzenie

etniczne, wyznanie lub orientacje seksualną

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

/ data podpis i pieczęć pracodawcy/

\* niepotrzebne skreślić

**Oświadczenie**

**Oświadczam , że** (właściwe zaznaczyć )

**□**jednostka **nie prowadzi działalności gospodarczej** , nie jest przedsiębiorcą ani też

beneficjentem pomocy, a udzielona pomoc jest wsparciem dla pracodawcy zgodnie z przepisami ustawy z

dnia 30 kwietnia 2004r o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej / teks jednolity : Dz U z

2007 roku nr 59 poz.404 z późn.zm/

**□jestem beneficjentem** pomocy i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis oraz

nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji uznającej pomoc

za niezgodą z prawem i wspólnym rynkiem

………………………………………………………………………………….

podpis i pieczątka pracodawcy

**ZAŁĄCZNIKI:**

1.Uwierzytelnione zaświadczenie o nadaniu nr statystycznego NIP i REGON

2.Uwierzytelniony aktualny dokument stwierdzający status prawny pracodawcy

Umowa spółki cywilnej oraz dokumenty rejestracyjne wszystkich

wspólników , jeżeli wniosek składa spółka cywilna

3. Uwierzytelniona kserokopia koncesji , licencji lub zezwolenia , jeżeli profil prowadzonej

działalności tego wymaga.

4. Uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania Pracodawcy. Pełnomocnictwo nie jest wymagane , jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w odnośnym dokumencie rejestracyjnym

5.Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis /Dz.U z 2010r nr 53 poz. 311/

**Każdy dokument poświadczony za zgodność z oryginałem musi zawierać : datę, pieczątkę jednostki , podpis i pieczątkę imienną upoważnionej osoby**

Podstawa prawna:

1 Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

/Dz.U. z 2019r poz. 1482 z późn. zmianami /

2 Ustawa o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004r / Dz.U nr 123 poz.1291 z

póżn. zmianami/

**UWAGA**

W przypadku gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej , zastosowanie ma:

- rozporządzenie 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/ DzUrz. UE L 352z 24.12.2013r/

- rozporządzenie komiscji /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 24.12.2013r/

### INFORMACJA

**Wniosek należy wypełnić czytelnie, każdą poprawkę nanieść poprzez skreślenie i zaparafowanie**

**Przyjmuje do wiadomości że wniosek pozostanie bez rozpatrzenia jeżeli wniosek lub przedłożone w załączeniu dokumenty są niekompletne lub nieprawidłowe i mimo wezwania nie przedłożę poprawnego wniosku lub właściwych dokumentów w terminie 7 dni od wezwania .**

**Powiatowy Urząd Pracy w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku informuje pracodawcę o sposobie jego rozpatrzenia**

**OŚWIADCZENIE**

Świadomy , iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy , zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 lat , jako Wnioskodawca oświadczam że:

**w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat poprzedzających złożenie wniosku**

**- otrzymałem / nie otrzymałem\***środków stanowiących pomoc publiczną de minimis

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełni ć poniższe zestawienie oraz dołączyć kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego decyzji lub umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| łącznie | | | |  |  |

……………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić

**Świadczenie aktywizacyjne**

**Świadczenie aktywizacyjne** – może zostać przyznane **pracodawcy (oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika)**, który zatrudni w pełnym wymiarze czasu pracy skierowaną osobę bezrobotną.

Osobami kierowanymi w ramach świadczenia aktywizacyjnego będą osoby bezrobotne powracające na rynek pracy po przerwie związanej z wychowywaniem dziecka lub osoby bezrobotne sprawujące opiekę nad osobą zależną, które w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotne zrezygnowały z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną.

**Świadczenie aktywizacyjne przysługuje przez okres:**

  **12 miesięcy** w wysokości **połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę** miesięcznie za każdego skierowanego bezrobotnego albo

 **18 miesięcy** w wysokości **jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za pracę** miesięcznie za każdego skierowanego bezrobotnego.

Pracodawca zobowiązany jest do dalszego zatrudniania skierowanego bezrobotnego po upływie okresu przysługiwania świadczenia aktywizacyjnego odpowiednio przez okres **6 miesięcy lub 9 miesięcy.**

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 pracodawca jest obowiązany 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 utrzymania zatrudnienia skierowanego bezrobotnego przez okres uzyskiwania świadczenia aktywizacyjnego oraz przez co najmniej połowę okresu wymaganego utrzymania zatrudnienia po upływie prawa do świadczenia pracodawca jest obowiązany do zwrotu 50% łącznej kwoty otrzymanych świadczeń aktywizacyjnych od dnia wypłaty pierwszego świadczenia w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania Urzędu.

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.

W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy pracodawca jest obowiązany 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 braku możliwości skierowania odpowiedniego bezrobotnego przez urząd pracy na zwolnione stanowisko pracy pracodawca nie zwraca uzyskanych środków za okres zatrudniania skierowanego 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.  
Świadczenie aktywizacyjne jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności **pomocy de minimis.**  
Zatrudnienie bezrobotnych w ramach świadczenia aktywizacyjnego następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Starostąz pracodawcą po uprzednim złożeniu przez pracodawcę pisemnego wniosku. Pozytywne rozpatrzenie wniosku i podpisanie umowy z pracodawcą jest podstawą do skierowania osoby bezrobotnej.

Szczegółowe informacje można uzyskać w pok. nr 1 – Zenona Figiela Tel. 713172505 wew. 102

e-mail: aktywne formy@pupsrodaslaska.pl