Załącznik nr 1 do Zasad

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

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

Powiatowy Urząd Pracy

w Międzychodzie

## WNIOSEK PRACODAWCY

**o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego za zatrudnienie   
skierowanego bezrobotnego**

na zasadach określonych w art.60b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia  
i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2013 r., poz.674 z późn. zm.),

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Nazwa pracodawcy: …….……………………………………………..…………………………… ……………………………………………………………………………………………………………
2. Adres siedziby:..........................................................................................................................

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

1. Miejsce prowadzenia działalności:.....................................................................................................
2. REGON: ……………………….. NIP: ………………………………KRS:……………………….
3. Data rozpoczęcia działalności:...................................................................................................
4. Rodzaj prowadzonej działalności:..............................................................................................

(s*ymbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD)*

1. Forma organizacyjno-prawna:....................................................................................................
2. Forma opodatkowania:................................................................................................................

*/pełna księgowość, księga przychodów i rozchodów, ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, karta podatkowa, itp./*

1. Stawka opodatkowania:..............................................................................................................
2. Aktualny stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:.........................................
3. Nazwa banku i rachunku pracodawcy………………………………………………………………

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

1. Pracodawca zalicza się do kategorii:

⬜ mikroprzedsiębiorstwo (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln euro);

⬜ małych przedsiębiorstwo (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln euro);

⬜ średnich przedsiębiorstw (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln euro);

⬜ pozostałe.

1. Dane osoby prawnie reprezentującej podmiot:

* imię i nazwisko:………………………………………………………………………………….
* nazwa stanowiska służbowego:……………………………………………………………….....
* telefon kontaktowy:……………………………………………………………………………...

1. Dane osoby wyznaczonej do kontaktu z Urzędem Pracy:

* imię i nazwisko:………………………………………………………………………………….
* nazwa stanowiska służbowego:…………………………………………………………………
* telefon kontaktowy, adres e-mail:………………………………………………………………

**II. DANE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH MIEJSC PRACY:**

1. Wnioskowanaliczba osób bezrobotnych do zatrudnienia w ramach świadczenia aktywizacyjnego   
   z grona osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowywaniem dziecka lub bezrobotnych sprawujących opiekę nad osobą zależną, które w okresie 3 lat przed rejestracją   
   w urzędzie pracy zrezygnowały z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną………… na okres:

⬜ 12 miesięcy (świadczenie aktywizacyjne przysługuje w wysokości połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie za każdego skierowanego bezrobotnego. Po zakończeniu okresu przysługiwania świadczenia zobowiązuje się do dalszego zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanych bezrobotnych przez okres 6 miesięcy);

⬜ 18 miesięcy (świadczenie aktywizacyjne przysługuje w wysokości jednej trzeciej minimalnego wynagrodzenia za prace miesięcznie za każdego skierowanego bezrobotnego. Po zakończeniu okresu przysługiwania świadczenia zobowiązuje się do dalszego zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanych bezrobotnych przez okres 9 miesięcy).

2. Stanowisko oraz rodzaj pracy, która ma być wykonywana przez skierowane osoby bezrobotne: …………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

3.Pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi:

* poziom wykształcenia:…………………………………………………………………………..
* zawód:…………………………………………………………………………………………
* uprawnienia:……………………………………………………………………………………..
* umiejętności…………………………………………………………………………………..

4. Miejsce świadczenia pracy (adres):…………………………………………………………………...

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

5. Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto:……………………………………………………...

6. Planowany okres zatrudnienia: od ……………………………….. do ……………………………..

Uwaga

Świadczenie aktywizacyjne jest udzielane zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

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

rozporządzenie Komisji (WE) 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).

rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimisw sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013

Wnioskodawca oświadcza, że (właściwe zaznaczyć)

⬜zalega

⬜nie zalega

w dniuzłożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy.

* nie zmniejszał wymiaru czasu pracy pracownikom i nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez Wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron   
  z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia przyznania refundacji,
* nie zalega z opłacaniem w terminie innych danin publicznych,
* nie posiada nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
* nie był karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny(Dz. U. Nr 88, poz.553, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (tekst jednolity 2012 r. poz. 768 z późn. zm.).

Wiarygodność informacji podanych we wnioskui w załączonych do niego dokumentach Wnioskodawca potwierdza własnoręcznym podpisem. Świadomyodpowiedzialności karnej wynikającej z art.233, §1 KK „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 3”

....................................................  
Międzychód, dnia

……………………………………………..  
/Pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

**Załączniki do wniosku:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. (poz 1543).
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.
3. W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność), o których mowa w art. 37 ust. 1, 2 Ustawy 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.)
4. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów /np. KRS/.
5. Inne – wg wskazań pracownika Urzędu Pracy