|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć firmowa wnioskodawcy) | , (miejscowość i data) |
| **Starosta Sulęciński za pośrednictwem****Powiatowego Urzędu Pracy w Sulęcinie** |

**W N I O S E K**

**o przyznanie świadczenia aktywizacyjnego**

***za zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy bezrobotnego rodzica powracającego na rynek pracy po przerwie związanej z wychowywaniem dziecka lub bezrobotnego sprawującego opiekę nad osobą zależną, który w okresie 3 lat przed rejestracją w urzędzie pracy jako bezrobotny zrezygnował z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z uwagi na konieczność wychowywania dziecka lub sprawowania opieki nad osobą zależną***

*na zasadach określonych w art. 60 b ustawy z 20 kwietnia 20014r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U z 2013r., poz 674 z późn. zm.)*

***na okres:***

****

**

**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 (UE) nr 1407/2014 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 ) lub
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2014 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Uniii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz.UE L 352 z 24.12.2013)

**Wnioskodawca (pracodawca) oświadcza, że** (właściwe zaznaczyć):





1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy:

****

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Adres siedziby pracodawcy (telefon, fax, email):

 | 1. Miejsce prowadzenia działalności:

 |

4. Numer NIP : 5. Numer REGON: 6. Numer EKD(PKD):  

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności 
2. Rodzaj prowadzonej działalności: 
3. Forma opodatkowania: 
4. Stawka opodatkowania: 
5. Aktualny stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: 
6. Nazwa banku i numer rachunku pracodawcy
7. Dane osoby prawnie reprezentującej podmiot
	* imię i nazwisko: 
* nazwa stanowiska służbowego: 
* telefon kontaktowy, adres e-mail: 
1. dane osoby wyznaczonej do kontaktu z PUP
* imię i nazwisko: 
* nazwa stanowiska służbowego: 
* telefon kontaktowy, adres e-mail: 
1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANYCH MIEJSC ZATRUDNIENI**A
2. Wnioskowana liczba bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy:  osób;
3. Stanowiska pracy przewidziane dla bezrobotnych: 
4. Zakres obowiązków (krótka charakterystyka wykonywanych czynności):..

****

1. Pożądane kwalifikacje:
* poziom wykształcenia - 
* kierunek wykształcenia - 
* dodatkowe wymagania - 
1. Miejsce wykonywania zatrudnienia: 
2. Proponowana wysokość wynagrodzenia (brutto): 
3. Planowany okres zatrudnienia: od  do 

**Uwaga**

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

**Załączniki:**

1. Oświadczenia wnioskodawcy – załącznik nr 1 do wniosku;
2. Krajowa oferta pracy – wg obowiązującego wzoru.
3. W przypadku **producenta rolnego** - dokumenty poświadczające podstawę i formę prawną działania Pracodawcy:
	1. dokumenty potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego **–** zaświadczenie z Urzędu Gminy**/**Miasta potwierdzające posiadanie lub dzierżawienie gospodarstwa rolnego,
	2. dokumenty potwierdzające prowadzenie działu specjalnego produkcji rolnej.
4. Pracodawca oraz Przedsiębiorca, który podlega przepisom o pomocy publicznej, tj. prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, składa do wniosku odpowiednio:

**w przypadku, gdy ubiega się o pomoc de minimis:**

* 1. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis,
	2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,

**w przypadku, gdy ubiega się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie,
2. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

Formularze dot. pomocy publicznej dostępne są na stronie <http://www.pupsulecin.pl>w dziale pobierz 🡪[Dla wnioskodawców pomocy publicznej.](http://www.pupsulecin.pl/index.php/component/remository/Dla-wnioskodawc%C3%B3w-pomocy-publicznej/?Itemid=100)

|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć firmowa wnioskodawcy) | , (miejscowość i data) |
|  | **Załącznik nr 1** |

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

1. **Zobowiązuję się do dalszego zatrudnienia bezrobotnego/ych skierowanego/ych w ramach świadczenia aktywizacyjnego :**



1. **Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, co następuje:**
2.  co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o prace nakładczą);
3.  w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej
4.  w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
5.  w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
6.  w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sulęcinie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

***\* niepotrzebne skreślić***

|  |  |
| --- | --- |
| , (miejscowość i data) | (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionejdo reprezentowania wnioskodawcy) |