



4. Stan zatrudnienia (liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku przedstawia się następująco:

Forma zatrudnienia	W dniu złożenia wniosku	12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku											
		m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok
Umowy o pracę													
Inne													

Przy wskazywaniu stanu zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urloпах macierzyńskich, wychowawczych i rodzicielskich, zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego oraz stażystów.

- Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy dokonano zwolnień pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy?

Nie

Tak (proszę wpisać):

Liczba osób zwolnionych

Przyczyny dokonania zwolnień

5. Nazwa banku
- .....

6. Numer rachunku bankowego

-     -     -     -     -     -     -

Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi przy wskazaniu numeru rachunku bankowego

7. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe
- .....

**UWAGA !!! W PRZYPADKU ZMIANY WYSOKOŚCI SKŁADKI WYPADKOWEJ WNIOSKODAWCA ZOBOWIAZANY JEST DOSTARCZYĆ DO PUP W BYDGOSZCZY NIEZWŁOCZNIE DECYZJĘ ZUS O ZMIANIE JEJ WYSOKOŚCI.**

8. Wnioskodawca informuje, że wypłata wynagrodzenia dla uczestnika zatrudnionego w ramach zatrudnienia wspieranego będzie dokonywana w następujących terminach

- w ostatnim dniu miesiąca,
- do dnia 10 następnego miesiąca

9. Struktura zatrudnienia i płac tworzonego stanowiska pracy w ramach pełnego etatu

Ilość osób	Ilość stanowisk	Kwalifikacje uczestnika	Rodzaj wykonywanych prac w ramach ZATRUDNIENIA WSPieranego	Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto	Miejsce wykonywania pracy w ramach ZATRUDNIENIA WSPieranego
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text" value="zł"/>	<p>Adres miejsca wykonywania pracy (ulica, nr budynku/lokalu)</p> <input type="text"/> <p>Kod pocztowy</p> <input type="text"/> <p>Miejscowość</p> <input type="text"/> <p>W przypadku wykonywania pracy w terenie proszę zaznaczyć obszar:</p> <p><input type="checkbox"/> Bydgoszcz                      <input type="checkbox"/> Powiat Bydgoski</p> <p><input type="checkbox"/> Województwo kujawsko-pomorskie   <input type="checkbox"/> Polska</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text" value="zł"/>	<p>Adres miejsca wykonywania pracy (ulica, nr budynku/lokalu)</p> <input type="text"/> <p>Kod pocztowy</p> <input type="text"/> <p>Miejscowość</p> <input type="text"/> <p>W przypadku wykonywania pracy w terenie proszę zaznaczyć obszar:</p> <p><input type="checkbox"/> Bydgoszcz                      <input type="checkbox"/> Powiat Bydgoski</p> <p><input type="checkbox"/> Województwo kujawsko-pomorskie   <input type="checkbox"/> Polska</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text" value="zł"/>	<p>Adres miejsca wykonywania pracy (ulica, nr budynku/lokalu)</p> <input type="text"/> <p>Kod pocztowy</p> <input type="text"/> <p>Miejscowość</p> <input type="text"/> <p>W przypadku wykonywania pracy w terenie proszę zaznaczyć obszar:</p> <p><input type="checkbox"/> Bydgoszcz                      <input type="checkbox"/> Powiat Bydgoski</p> <p><input type="checkbox"/> Województwo kujawsko-pomorskie   <input type="checkbox"/> Polska</p>

## 10. Oświadczenie

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że (\*- niepotrzebne skreślić):

- a. Zobowiązuję się do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy skierowaną(e) osobę(y) i poinformuję o tym Prezydenta Miasta Bydgoszczy, poprzez przedłożenie w ciągu 7 dni kopii umowy o pracę w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bydgoszczy,
- b. **Zalegam / nie zalegam** \* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
- c. **Zalegam / nie zalegam** \* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
- d. **Posiadam / nie posiadam** \* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych/e w terminie zobowiązania/ń cywilnoprawne/yh,
- e. W okresie 2 lat poprzedzających złożenie wniosku **byłem/nie byłem** \* karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017r., poz. 2204 z późn. zm.),
- f. **Wykorzystam / nie wykorzystam** \* przyznanej/-ej refundację/-ji zgodnie z przeznaczeniem,
- g. **Spełniam / nie spełniam** \* warunki/ów określone/yh w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, do otrzymania refundacji części wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawarcia umowy w ramach zatrudnienia wspieranego,
- h. **Korzystałem(-am) / nie korzystałem(-am)** \* ze środków Funduszu Pracy lub innych środków publicznych (w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę funduszu i rok otrzymania środków)

- i. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **nie zostałem(-am) / zostałem(-am)** \* ukarany(-a) lub skazany(-a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw przepisów prawa pracy albo **nie jestem / jestem** \* objęty(-a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy),
- j. **Jestem / nie jestem** \* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 362) tzn. podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej wnioskodawca zobowiązany jest złożyć poniższe oświadczenie.

Oświadczam, że:

- **Prowadzę / nie prowadzę** \* działalność/ci gospodarczą/ej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2018 r., poz. 646),
  - **Spełniam / nie spełniam** \* warunki/ów o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) 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 352/1 z 24.12.2013),
  - 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 otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis,
  - **Otrzymałem(-am) / nie otrzymałem(-am)** \* decyzję(-i) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem,
  - Jestem świadomy obowiązku zwrotu wypłaconych refundacji w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nieutrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.
- k. przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 2 lit. g ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych zarząd jednostki samorządu terytorialnego w drodze obwieszczenia podaje do publicznej wiadomości informację obejmującą wykaz osób prawnych i fizycznych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, którym udzielono pomocy publicznej.
  - l. **zapoznałem się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych dla kontrahentów i pracodawców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, w tym w formie spółki cywilnej (dostępna m.in. na stronie BIP Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy) – jeśli dotyczy.**

Załączniki:

1. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.
2. Oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez podmiot w roku podatkowym, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.
3. Formularz informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.
4. Dokument poświadczający formę prawną [np. odpis z KRS /uchwała /statut /umowa spółki /wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (w przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć ilość wpisów z CEIDG w ilości odpowiadającej liczbie wspólników)] – kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę (nie dotyczy wpisów z CEIDG).
5. Wniosek Dyrektora CIS o skierowanie uczestnika do pracy w ramach zatrudnienia wspieranego.
6. Wniosek pracownika socjalnego o skierowanie uczestnika do pracy w ramach zatrudnienia wspieranego.
7. Wniosek uczestnika zajęć w CIS o skierowanie do pracy w ramach zatrudnienia wspieranego.
8. Dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego wskazanego w niniejszym wniosku.

**UPRZEDZONY/A/ O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ, O KTÓREJ MOWA W ART. 233 § 1 I § 6 USTAWY Z DNIA 6 CZERWCA 1997R. – KODEKS KARNY OŚWIADCZAM/Y, ŻE WSZELKIE PODANE PRZEZE MNIE/NAS W NINIEJSZYM WNIOSKU DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.**

**PODPIS/Y**

zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach (np. odpisie KRS)

-----  
(PIECZĄTKA FIRMOWA  
WNIOSKODAWCY)

-----  
(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM  
UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA  
WNIOSKODAWCY)<sup>1</sup>

**UWAGA!!!** W przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania wnioskodawcy przed Powiatowym Urzędem Pracy w sprawach związanych z realizacją ZATRUDNIENIA WSPieranego konieczne jest przedłożenie dokumentu pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie albo z uiszczoną na rzecz Urzędu Miasta Bydgoszczy, Wydział Podatków i Opłat Lokalnych (nr konta 52 1240 6960 3892 1000 0000 0000) opłatą skarbową w wysokości 17 zł.

<sup>1</sup> W przypadku braku pieczętki imiennej – czytelny podpis.

**OPINIA CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ POWIATOWEGO URZĘDU PRACY****o dotychczasowej współpracy:**

Opinia Centrum Aktywizacji Zawodowej o zakresie dotychczasowej współpracy w okresie ostatnich 2 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku:

FORMA	Liczba miejsc pracy	W jakim okresie? (rok)	Liczba zatrudnionych osób po wygaśnięciu umowy	UWAGI
1	2	3	4	5
Staże				
Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy (czy są wakaty)				
Prace interwencyjne (czy są wakaty)				
Refundacja części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia (czy są wakaty)				
Krajowy Fundusz Szkoleniowy				
Środki na podjęcie działalności gospodarczej				

Bydgoszcz, dnia .....  
pieczętka i podpis

Opinia Centrum Aktywizacji Zawodowej odnośnie kandydatów na wykonywanie pracy w ramach zatrudnienia wspieranego oraz zgodności stanowiska z klasyfikacją zawodów i specjalności

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

Bydgoszcz, dnia .....  
pieczętka i podpis**Stanowisko KOMISJI KONKURSOWEJ**

..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

Bydgoszcz, dnia .....  
pieczętka i podpis