ADNOTACJE URZĘDU (uzupełnia urząd):

DOTYCZĄCE WNIOSKU:

data wpływu ..... ZNAK .....

WnZW/...../.....

.....
pieczątka i podpis osoby przyjmującej wniosek

DOTYCZĄCE UMOWY

ZNAK .....

umowa nr UmZW/ ...../..... od ..... do ..... l. osób .....

umowa nr UmZW/ ...../..... od ..... do ..... l. osób .....

umowa nr UmZW/ ...../..... od ..... do ..... l. osób .....

..... , ... r.
Miejscowość data

DANE WNIOSKODAWCY (uzupełnia wnioskodawca):

.....

.....

(**imię i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy** - zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach, np. odpisie KRS)

.....

.....

(**adres siedziby wnioskodawcy** - zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach, np. odpisie KRS)

(nr telefonu)

+48 | | | | | | | | | |

(nr telefonu komórkowego)

.....

(e-mail)

Wniosek należy złożyć w Centrum Aktywizacji Zawodowej Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy ul. Toruńska 147, pok. 108, I piętro

Prezydent Miasta Bydgoszczy

UWAGA: Wnioski wypełnione nieczytelnie lub niepełne, podpisane przez nieupoważnioną osobę, niezawierające pełnej informacji o wolnym miejscu pracy, bez kompletu załączników – NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE.

W N I O S E K

o skierowanie [ ] absolwenta(-ów) lub uczestnika(-ów) Centrum Integracji Społecznej lub uczestniczącego(-ych) w klubie integracji społecznej do zatrudnienia wspieranego

1. Miejsce prowadzenia działalności:

.....

.....

2. Nazwisko, imię i stanowisko osoby, na którą ma być sporządzona umowa:

Imię i nazwisko (zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach, np. odpisie KRS)

.....

Stanowisko

.....

3. Dane identyfikacyjne:

NIP

| | | | - | | | | - | | | - | | - | | |

REGON

| | | | | | | | | | |

Podstawa prawna:
art. 16 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym

4. Stan zatrudnienia (liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku przedstawia się następująco:

Forma zatrudnienia	W dniu złożenia wniosku	6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku						Średni stan zatrudnienia w ostatnich 6 miesiącach wynosi (etaty)
		m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	m-c/rok	
Umowa o pracę								

Przy wskazywaniu stanu zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, uzupełniających urlopach macierzyńskich, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich, urlopach opiekuńczych i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (zatrudnienie osób młodocianych) oraz osób odbywających staż/przygotowanie zawodowe dorosłych.

Czy w okresie ostatnich 6 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 osoby zatrudnionej w ramach zatrudnienia wspieranego będzie dokonywana w następujących terminach:

☐ **do ostatniego dnia miesiąca**

☐ **do 10 dnia następnego miesiąca**

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

Ilość osób	Ilość stanowisk	Kwalifikacje osoby, która ma być zatrudniona w ramach ZATRUDNIENIA WSPIERANEGO	Rodzaj wykonywanych prac w ramach ZATRUDNIENIA WSPIERANEGO	Proponowane miesięczne wynagrodzenie brutto	Miejsce wykonywania pracy w ramach ZATRUDNIENIA WSPIERANEGO
☐	☐			zł	Adres miejsca wykonywania pracy (ulica, nr budynku/lokalu) Kod pocztowy Miejscowość W przypadku wykonywania pracy w terenie proszę zaznaczyć obszar: ☐ Bydgoszcz ☐ Powiat Bydgoski
☐	☐			zł	Adres miejsca wykonywania pracy (ulica, nr budynku/lokalu) Kod pocztowy Miejscowość W przypadku wykonywania pracy w terenie proszę zaznaczyć obszar: ☐ Bydgoszcz ☐ Powiat Bydgoski
☐	☐			zł	Adres miejsca wykonywania pracy (ulica, nr budynku/lokalu) Kod pocztowy Miejscowość W przypadku wykonywania pracy w terenie proszę zaznaczyć obszar: ☐ Bydgoszcz ☐ Powiat Bydgoski

10. **Oświadczenie**

Działając w imieniu i na rzecz wnioskodawcy oświadczam, że w dniu złożenia wniosku wnioskodawca **(* niepotrzebne skreślić)**:

a. Zobowiązuje się do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy skierowaną(-e) osobę(-y) i poinformuje o tym Prezydenta Miasta Bydgoszczy, poprzez przedłożenie w ciągu 7 dni kserokopii umowy o pracę w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bydgoszczy.

b. **Zalega / nie zalega*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych; **posiada / nie posiada / nie dotyczy*** umowę z ZUS w sprawie rozłożenia spłaty zadłużenia na raty,

c. **Spełnia / nie spełnia*** warunki(-ów) określone(-ych) 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.

d. **Korzystał / nie korzystał*** ze środków Funduszu Pracy lub innych środków publicznych
(w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę funduszu i rok otrzymania środków)

e. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **został / nie został*** ukarany(-a) lub skazany(-a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo
jest / nie jest* objęty(-a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

f. **Jest / nie jest*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, 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 oświadczenia:

- **Prowadzi / nie prowadzi*** działalność(-ci) gospodarczą(-ej) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców.
- **Spełnia / nie spełnia*** warunki(-ów) o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
- Zobowiązuje się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymał taką pomoc.
- **Otrzymał / nie otrzymał*** decyzję(-i) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
- Jest 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.

g. Przyjmuje 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.

h. **Zapoznał 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 (dostępną m.in. na stronie BIP Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy) – jeśli dotyczy.**

Załączniki:

1. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy.
2. Oświadczenie o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie otrzymanej przez wnioskodawcę w okresie 3 lat.
3. Formularz informacji przedstawianej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.
4. Aktualny dokument poświadczający formę prawną Wnioskodawcy (kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem) – w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG; w przypadku jednostek samorządu terytorialnego i innych jednostek sektora finansów publicznych należy dołączyć dokumenty potwierdzające fakt powołania jednostki oraz dokumenty, z których wynika upoważnienie do występowania w imieniu jednostki (np. statut, regulamin, uchwała itp.) lub wskazać odpowiedni ogólnodostępny rejestr publiczny (elektroniczny), z którego można pobrać aktualne dane dotyczące jednostki; w przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć umowę spółki.
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.
9. W przypadku posiadania umowy z ZUS w sprawie rozłożenia spłaty zadłużenia na raty – aktualne zaświadczenie o braku zaległości w opłacaniu składek.

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE INFORMACJE PODANE W NINIEJSZYM WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ ORAZ ZOSTAŁY PRZEDSTAWIONE Z PEŁNĄ ŚWIADOMOŚCIĄ KONSEKWENCJI WPROWADZENIA PREZYDENTA MIASTA BYDGOSZCZY W BŁĄD PRZY PRZEDSTAWIANIU INFORMACJI

PODPIS(Y)

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

.....	.....
(PIECZĄTKA FIRMOWA WNIOSKODAWCY)	(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY)[1]

[1] W przypadku braku pieczątki 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				
Krajowy Fundusz Szkoleniowy				
Środki na podjęcie działalności gospodarczej				
Umowy w ramach tarczy antykryzysowej COVID-19				

Bydgoszcz, dnia .....

.....
pieczątka 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 .....

.....
pieczątka i podpis

Stanowisko KOMISJI KONKURSOWEJ

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

Bydgoszcz, dnia .....

.....
pieczątka i podpis