



Powiatowy Urząd Pracy w Krośnie Odrzańskim
ul. Piastów 10B
66-600 Krosno Odrzańskie
Tel. 68 383 03 13 Fax: 68 383 03 20
zskr@praca.gov.pl



Projekt pilotażowy „Bon – Twoją szansą na niezależność” w ramach naboru pod nazwą „Stabilna praca – silna rodzina”.

.....
(miejsowość i data)

Dyrektor
Powiatowego Urzędu Pracy
w Krośnie Odrzańskim

W N I O S E K

**o przyznanie bonu na pokrycie kosztów związanych z opieką nad dzieckiem/ dziećmi
w związku z podjęciem zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej/ działalności gospodarczej**

A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Adres do korespondencji
5. Numer telefonu adres e-mail
6. Numer konta bankowego
7. Wnioskowana kwota:

B. DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/ DZIECI

1. Imię i nazwisko data ur.
2. Imię i nazwisko data ur.
3. Imię i nazwisko data ur.

C. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRYZNANIA BONU NA POKRYCIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ NAD DZIECKIEM/ DZIEĆMI

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

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

- 1) Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia lub powierzenia innej pracy zarobkowej
- 2) Oświadczenie o zamiarze rozpoczęcia działalności gospodarczej.

D. ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:

1. OPINIA DORADCY KLIENTA – w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania (IPD):

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

.....
(data i podpis)

2. OCENA FORMALNA I MERYTORYCZNA WNIOSKU:

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

.....
(data i podpis)

3. AKCEPTACJA KIEROWNIKA DZIAŁU CAZ/ FCAZ:

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

.....
(data i podpis)

4. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na przyznanie Wnioskodawcy bonu na pokrycie kosztów związanych z opieką nad dzieckiem/ dziećmi.

.....
(data i podpis Dyrektora Urzędu)

5. POTWIERDZENIE ODBIORU BONU:

W dniu Panu/Pani wydano bon na pokrycie kosztów związanych z opieką nad dzieckiem/ dziećmi nr ważny od dnia do dnia

.....
(data i podpis pracownika PUP)

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

Załącznik nr 1 do wniosku o bon na pokrycie kosztów związanych z opieką nad dzieckiem/ dziećmi w związku z podjęciem zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA/ POWIERZENIA INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ***

Nazwa pracodawcy

Adres siedziby

NIP REGON

Numer telefonu e-mail

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe i nr tel. osoby do kontaktów z PUP

Przedstawiając powyższe informacje oświadczam, że deklaruję:

- zatrudnienie¹
- powierzenie innej pracy zarobkowej²
 - Pana/Pani
 - na okres minimum
 - na stanowisku
 - miejsce zatrudnienia
 - rodzaj umowy
 - za wynagrodzeniem miesięcznym (kwota brutto)
(co najmniej w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę)
 - ww. będzie podlegać ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia/wykonywania innej pracy zarobkowej*.

.....
(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

1. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 43 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy **zatrudnienie** to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.
2. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy **inna praca zarobkowa** to wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych.

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do wniosku o bon na pokrycie kosztów
związanych z opieką nad dzieckiem/ dziećmi w związku
z podjęciem działalności gospodarczej

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że po otrzymaniu bonu na pokrycie kosztów związanych z opieką nad dzieckiem/ dziećmi zamierzam podjąć i prowadzić działalność gospodarczą w zakresie:

.....
(rodzaj działalności gospodarczej)

.....
(adres siedziby)

Ponadto oświadczam, że będę prowadzić działalność gospodarczą przez okres minimum
(*należy wskazać okres prowadzenia działalności*)
oraz będę podlegać ubezpieczeniom społecznym, a przewidywane wynagrodzenie lub przychód z tytułu
prowadzenia działalności gospodarczej wyniesie (*należy wskazać kwotę brutto*) zł.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)