

Zabrze, dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu

WNIOSEK O PRYZNANIE DODATKU AKTYWIZACYJNEGO EŚ.IV.640. .25.KG

Na podstawie art. 48 ust. ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024r. poz. 475 z późn. zm.) wnioskuję o przyznanie dodatku aktywizacyjnego.

Oświadczam, że od dnia podjąłem/podjęłam zatrudnienie¹ / inną pracę zarobkową² *

- w wyniku skierowania przez urząd pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy,

- z własnej inicjatywy *

W.....

/dokładna nazwa zakładu pracy/

Do powyższego wniosku załączam umowę o pracę/umowę potwierdzającą wykonywanie innej pracy zarobkowej* (**oryginał umowy o pracę bądź kopia potwierdzona przez zakład pracy**) oraz zobowiązuję się do dostarczenia kolejnej w przypadku kontynuacji zatrudnienia.

Zobowiązuję się również do comiesięcznego dostarczania oświadczenia potwierdzającego fakt zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej **do dnia 8-go każdego miesiąca**. Pierwsze oświadczenie dostarczę w miesiącu.....

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku nie przedłożenia w terminie oświadczenia potwierdzającego fakt zatrudnienia dodatek aktywizacyjny nie zostanie wypłacony. Wypłata nastąpi niezwłocznie po złożeniu oświadczenia.

UWAGA!

- 1. Dodatek aktywizacyjny przysługuje od dnia złożenia wniosku.**
- 2. Dodatek aktywizacyjny nie przysługuje w przypadku przerwy pomiędzy poszczególnymi umowami przypadającą na dzień roboczy.**
- 3. Dodatek aktywizacyjny nie przysługuje za okres przebywania na urlopie bezpłatnym.**

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ mowa o wykonywaniu pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą

² mowa o wykonywaniu pracy lub świadczeniu usług na podstawie umowy-zlecenie, umowy agencyjnej, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych.

* **niepotrzebne skreślić**

WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU:

1. Wniosek rozpatrzony pozytywnie.

Okres przysługiwania dodatku aktywizacyjnego:

2. Wniosek rozpatrzono negatywnie.

Uzasadnienie.....

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