Pyrzyce, dnia ...................................

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. Dworcowa 23**

 **74-200 Pyrzyce**

**WNIOSEK**

**o przyznanie dodatku aktywizacyjnego**

Proszę o przyznanie dodatku aktywizacyjnego z tytułu podjęcia zatrudnienia/innej pracy zarobkowej\* w dniu ………………………………

1. Imię i nazwisko ...............................................................................................................................
2. Adres zamieszkania .......................................................................................................................
3. PESEL ............................................................... tel. ......................................................................
4. Nazwa i adres zakładu pracy ......................................................................................................... .........................................................................................................................................................
5. Informuję, że:\*
6. Podjąłem(am) zatrudnienie w wyniku skierowania przez PUP.
7. Podjąłem(am) zatrudnienie z własnej inicjatywy.
8. Do wniosku dołączam:
* kserokopię umowy o pracę (oryginał do wglądu),
* zaświadczenie z zakładu pracy o okresie zatrudnienia (oddzielnie za każdy miesiąc).

Zostałem(am) poinformowany(a), że warunkiem wypłaty dodatku aktywizacyjnego jest dostarczenie w ciągu pierwszych 5 dni miesiąca następującego po miesiącu, za który przysługuje dodatek aktywizacyjny, umowy o pracę oraz zaświadczenia z tytułu zatrudnienia za każdy przepracowany miesiąc.

Oświadczam, że zostałem(am) pouczony(a), iż w przypadku zmiany zobowiązany(a) jestem bezzwłocznie w terminie 7 dni powiadomić PUP w Pyrzycach i przedłożyć stosowne dokumenty potwierdzające ten fakt.

1. Wypłaty dodatku aktywizacyjnego proszę dokonywać:\*
2. w kasie Banku Spółdzielczego w ……………………………………………………..…….
3. na rachunek bankowy:

 nazwa banku: ................................................................................................................

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

 nr konta

**UWAGA! Dodatek aktywizacyjny przysługuje od dnia złożenia wniosku.**

 …………………………………………...

 (podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić