

PROGRAMA PROVINCIAL DE PROMOCIÓN DEL EMPLEO POR MÍ 2019-2020

TRAMITE TOTALMENTE GRATUITO

TRAMITE TOTALMENTE GRATUITO

COMPLETA EL POSTULANTE (todos los espacios indicados)

Nombre:		Apellido:	
CUIL		Tipo de Documento	Numero
- -		DNI / CI / PAS	
Domicilio		Fecha de Nacimiento	
Teléfono			
Calle:		Número:	Dpto.: Piso
Monoblock	Parcela	Manzana	C. Postal
Barrio		Localidad	
		Departamento	
Correo Electrónico:			
Nivel de escolaridad alcanzada:		Cupos Especiales	
<p>A) ¿Cuál es su máximo nivel de escolaridad alcanzado? (Marque una sola cruz en la opción que corresponda)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Ninguno 4. <input type="checkbox"/> Secundaria (Polimodal)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Primaria (o EGB) 5. <input type="checkbox"/> Terciaria</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Ciclo Básico (CBU) 6. <input type="checkbox"/> Universitaria</p>		<p>Declaro tener discapacidad o estar transplantado: 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Tipo de discapacidad:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Motora 4. <input type="checkbox"/> Psicológica</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Mental 5. <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Sensorial 6. <input type="checkbox"/> Cuál? _____</p>	
<p>B) Actualmente, ¿cursa ese nivel de escolaridad?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p>		<p>* En caso de tener discapacidad deberá adjuntar certificado oficial (Ley 22.431 y 24.901) acreditando dicha condición. Los transplantados deberán adjuntar Certificado Médico Oficial.</p>	
<p>C) ¿Terminó ese nivel de escolaridad alcanzado?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p>		<p>¿Quiere finalizarlo?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No</p>	

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE				REFERENCIAS		Vínculo
Tipo de doc.	Número de documento	Apellido y Nombre	Vínculo	Tipo de doc.		
				1- DNI	1- Padre	
				2- CI	2- Madre	
				3- Pasaporte	3- Hermano/a	
					4- Otros	
					5- Otros no familiares	
					6- Hijos	
					7- Nieto/a	
					8- Cónyuge	

COMPLETA LA EMPRESA - El Postulante debe buscar una empresa

Nombre de la empresa como figura inscripta en Afip - no usar nombre de fantasía

CUIT : | | | - | | | | | | | | | | - | | CÓDIGO DE ACTIVIDAD (Código CIU AFIP) _____

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA/EMPLEADOR: _____

Teléfono: _____ Cantidad de personal permanente registrado en la Pcia. de Córdoba a la fecha _____ (SEGÚN DDJJ AFIP)

Aportes mensuales que realizará la empresa por beneficiario (indicar con una cruz la alternativa elegida por la empresa):

De 1 a 15 empleados \$1.000; hasta 80 empleados \$1.500; más de 80 empleados \$1.800.

Cofinanciamiento especial \$2.500

Realizar el pago a la Cuenta Corriente Bancor: 928-0040098704 - CBU:0200928901000040098747 - CUIT:30-71511956-7

Informar el pago por correo electrónico a pagos.empleo@cba.gov.ar

Domicilio legal de la empresa: Calle: _____ Nro: _____ Dpto: _____ Piso: _____

Departamento: _____ Localidad: _____ CP: _____ REFERENTE CONTACTO: _____

Correo Electrónico: _____ CEL (0 _____) 15 _____

MODALIDAD DE INCORPORACIÓN A LA EMPRESA (Marque con una cruz la opción que corresponda)

ENTRENAMIENTO (Incluye un seguro de ART y no establece una relación laboral con el Capacitador/Empresa)

CTI/CTD Podrán incorporarse bajo la modalidad CTI o CTD siempre que el vencimiento sea igual o posterior a la finalización del programa. Una vez que la empresa recibe la notificación del beneficiario, inscribe al mismo como personal registrado. (Debe presentar Alta Temprana a la Secretaría y descuenta el aporte del Gobierno Provincial del recibo de sueldo del beneficiario).

Lugar y Fecha: _____

ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA QUE SE DETALLAN AL DORSO DE ESTA SOLICITUD.

Firma del Postulante	Firma y sello del representante legal de la Empresa	STICKER DE ENTRADA
----------------------	---	--------------------

REQUISITOS NECESARIOS - CONDICIONES - COMPATIBILIDADES

- El programa está destinado a mujeres desempleadas que tengan 25 años cumplidos al inicio del entrenamiento, y menores de 25 años con hijos.
- No debe ser beneficiaria de otros programas de empleo nacional, provincial o municipal.
- Es compatible para las postulantes inscriptas en el Monotributo Social, Monotributo Eventual o en el Monotributo hasta la Categoría B.
- Es compatible para las Trabajadoras Autónomas categoría I.
- Es compatible con la Asignación Universal por Hijo, la Tarjeta Social y beneficios similares.
- Es compatible con la percepción de la Pensión por Discapacidad y las Pensiones contributivas de personas con discapacidad que no superen el monto de la asignación estímulo del programa.
- Es compatible con la participación en ediciones anteriores del programa XMÍ, por un período no superior a los seis meses (las personas con discapacidad o trasplantadas, sí pueden superar ese plazo).
- Es compatible con la participación en las ediciones anteriores del programa XMÍ, por un período de más de seis, siempre que sean incorporados en la modalidad Contrato por Tiempo Indeterminado (CTI) o Contrato por Tiempo Determinado (CTD) siempre que el vencimiento del contrato sea igual o posterior a la finalización del programa.
- Es incompatible con un empleo en relación de dependencia.
- Es incompatible para personas que no tengan residencia en la provincia de Córdoba.
- Es incompatible con la percepción de jubilaciones o pensiones contributivas.
- Es incompatible con las pasantías rentadas de los profesionales universitarios.

RECOMENDACIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Las solicitudes podrán retirarse en las Mesas de Entradas (SUAC) del Gobierno Provincial, en los Centros de Desarrollo Regional (CEDER) de la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo en la ciudad de Córdoba y en el interior provincial, en los Municipios y de la Provincia de Córdoba.
- El Formulario podrá presentarse en cualquiera de las Mesas de Entradas (SUAC) del Gobierno Provincial, también se podrá remitir a través de Correo OCASA, sin abonar franqueo, a la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo, Av. Juan B. Justo 3600 - B° Gral. Bustos. CP 5000, Córdoba Capital.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

- Llenar con letra imprenta, clara y legible en tinta.
- En caso de no conocer el N° de CUIL, solicitarlo en la delegación de ANSES más cercana.
- Si el titular de la empresa no está disponible para firmar, lo deberá hacer únicamente el representante legal de la misma, colocando el sello aclaratorio.

ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA

- Los datos consignados en el presente formulario revisten carácter de declaración jurada y están amparados por el secreto estadístico.
- En caso de salir sorteado con el beneficio y previo a iniciar la práctica laboral, la empresa deberá presentar el formulario de horarios.
- El postulante declara ser desocupado. Así mismo postulante y empresa/empleador declaran conocer el programa, y se comprometen a cumplimentar las obligaciones que en el mismo se estipulan.
- Autorizo al Gobierno de la Provincia de Córdoba a que los datos consignados sean verificados con cruzamiento de información y se realicen publicaciones oficiales al respecto.
- Así mismo, para el caso de resultar beneficiario, autorizo expresamente al Banco de la Provincia de Córdoba para debitar fondos y/o cierre de la cuenta bancaria asignada en virtud del presente Programa, y reintegrar a la Autoridad de Aplicación los montos que, por demora en la información sobre la falta de cumplimiento de los requisitos del mismo, no me correspondieren, liberando a dicha entidad bancaria de toda responsabilidad por tal operatoria.

¡IMPORTANTE!

TODA INFORMACIÓN SOBRE RESULTADO DEL SORTEO Y NOTIFICACIONES A BENEFICIARIOS Y EMPRESAS, SE PODRÁ CONSULTAR POR LA PÁGINA WEB DEL PROGRAMA
programasdeempleo.cba.gov.ar

**Para consultas y mayor información comunicarse al teléfono
 0351- 4322916/17/32/40/41
 O dirigirse a Av. Juan B. Justo 3600 - B° Gral. Bustos. CP 5000,
 Córdoba Capital.**

RESPUESTA POSTAL PAGA

OCASA 

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA
 SECRETARÍA DE EQUIDAD Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

AV. JUAN B JUSTO 3600
 B° GENERAL BUSTOS
 5000 CÓRDOBA

EL FRANQUEO SERA
 PAGADO POR
 EL DESTINATARIO