|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć firmowa Organizatora)*  | ***Załącznik Nr 2do Regulaminu organizowania i finansowania prac społecznie użytecznych*** |
|  | **............................................................................. (miejscowość, data)** |
| **STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO** **ZA POŚREDNICTWEM** **POWIATOWEGO URZĘDU PRACY** **W ŁOSICACH** |
| **W N I O S E K****O ZAWARCIE POROZUMIENIA W SPRAWIE****ORGANIZACJI PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH****na zasadach określonych w art. 2 ust. 1 pkt 23a, art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U.** **z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2447) oraz uwzględniając gminny roczny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na okres …………………….........………….…….[[1]](#footnote-1), wnoszę o zawarcie porozumienia w sprawie organizacji prac społecznie użytecznych i refundowanie ze środków Funduszu Pracy wypłaconych dla osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej / osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym, indywidualnym planie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego świadczeń pieniężnych wykonujących w okresie od …….……………....……............. do …............……………................... na terenie ……………………………………. prace społecznie użyteczne.**  |
| 1. **PODSTAWOWE INFORMACJE O ORGANIZATORZE PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**
 |
| **1. Pełna nazwa Organizatora**  |
|  |
| **2. Adres siedziby Organizatora:** |
|  |
| **3. Numer telefonu** |  | **4. E-mail** |  |
| 5. Numer rachunku bankowego, na który będzie dokonywana refundacja: |
| 🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 |
| **6. Imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie złożonego Wniosku:** |
|  |
| 7. Numer identyfikacyjny NIP |  | **8. REGON** |  | 9. PKD |  |
| 1. **INFORMACJA O PLANOWANYM PRZYJĘCIU OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**
 |
| 1. Ogólna liczba osób uprawnionych, które zostaną skierowane w okresie objętym porozumieniem do wykonywania prac społecznie użytecznych, w tym:
 |  |
| a) liczba osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej |  |
| b) liczba osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym, indywidualnym planie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego jeżeli podjęły uczestnictwo w tych formach w wyniku skierowania powiatowego urzędu pracy  |  |
| c) liczba osób bezrobotnych, planowana do wykonywania prac społecznie użytecznych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  |
| 1. Wnioskowany okres wykonywania prac:
 | od ........................ do ........................ |
| 1. Ogółem liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych
 |  |
| 1. Liczba godzin w miesiącu do przepracowania przez jedną osobę uprawnioną\* [\*] – do 10 godzin tygodniowo
 |  |
| 1. **INFORMACJE ODTYCZĄCE STANOWISK/A PRACY W RAMACH PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**
 |
| ***UWAGA: W sytuacji, gdy Organizator ubiega się o organizację prac społecznie użytecznych dla więcej niż jednego stanowiska pracy powyższą tabelę należy wypełnić dla każdego stanowiska pracy oddzielnie.*** |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Opis** |
| **1.** | **Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z rozporządzeniem MPiPS z dnia 07 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z poźn. zm.) https://psz.praca.gov.pl/** |  |
| **2.** | **Nazwa stanowiska pracy** |  |
| **3.** | **Liczba osób uprawnionych planowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych** |  |
| **4.** | **Liczba osób uprawnionych planowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych** |  |
| **5.** | **Niezbędne kwalifikacje (wykształcenie, doświadczenie, uprawnienia zawodowe, umiejętności)** |  |
| **6.** | **Pożądane kwalifikacje (wykształcenie, doświadczenie, uprawnienia zawodowe, umiejętności)** |  |
| **Informacja o Podmiotach, w których będą organizowane prace społecznie użyteczne na ww. stanowisku, rodzaje prac, liczba osób przewidziana do wykonywania ww. prac** |
| **7.** | **Nazwa podmiotu w którym będą organizowane prace społecznie użyteczne wraz z informacją o liczbie osób planowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych** | *(nazwa podmiotu, siedziba, adres korespondencyjny, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)* |
| **Liczba osób przewidziana do wykonywania prac społecznie użytecznych** |  |
| **Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych** | *(adres, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)* |
| **Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych\*\*** | *(adres, osoba do kontaktu, nr telefonu)* |
| **Rodzaj(e) prac społecznie użytecznych** |  |
| **Zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych\*\*** |  |
| **8.** | **Nazwa podmiotu w którym będą organizowane prace społecznie użyteczne wraz z informacją o liczbie osób do wykonywania prac społecznie użytecznych** | *(nazwa podmiotu, siedziba, adres korespondencyjny, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)* |
| **Liczba osób przewidziana do wykonywania prac społecznie użytecznych** |  |
| **Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych** | *(adres, osoba do kontaktu, nr telefonu)* |
| **Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych\*\*** | *(adres, osoba do kontaktu, nr telefonu)* |
| **Rodzaj(e) prac społecznie użytecznych** |  |
| **Zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych\*\*** |  |
| **\*\*** ZgodnieRozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2447) prace społecznie użyteczne mogą być organizowane przez gminę w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej w tym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych, z wyłączeniem prac związanych z bezpośrednią opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków. |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA DLA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH**
 |
| 1. Wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych\*\*\*

[\*\*\*] – min. 10,90 zł/godz. |  **zł** |
| 1. Łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym wnioskiem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym
 |  **zł** |
| 1. Wysokość refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym wnioskiem
 | max. 100% – dotyczy wyłącznie osób wykonujących prace społecznie użyteczne na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  **zł** |
| max. 60% |  **zł** |
| 1. Po zakończeniu prac społecznie użytecznych zobowiązuję się do zatrudnienia przez okres co najmniej 30 dni
 | ☐ TAK ☐ NIE |
| ☐ **umowy o pracę na czas określony ................... osoby/osób przez okres ...................miesięcy;** |
| ☐ **umowy o pracę na czas nieokreślony ................... osoby/osób;** |
| ☐ **umowy zlecenia ........................ osoby/osób przez okres ..................... z miesięcznym wynagrodzeniem brutto w wysokości ............................ zł.** |
| **Przyjmuję do wiadomości, że niewywiązanie się z warunku zatrudnienia po zakończeniu prac społecznie użytecznych może skutkować odmową realizacji aktywnych form wsparcia u Organizatora przez okres 12 miesięcy od stwierdzenia niewywiązania się z niniejszej deklaracji.** |
| 1. **OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA**
 |
| ***Oświadczam, że:*** |
| 1. **Zalegam na dzień złożenia Wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.(Należy wpisać TAK lub NIE)**
 |  |
| 1. **W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy lub jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.**

**(Należy wpisać TAK lub NIE)** |  |
| 1. **Zobowiązujemy się do:**
 |
| **1) przyjęcia oraz zaznajomienia osób uprawnionych z rodzajem przydzielonych prac, miejscem ich wykonywania, z przepisami dotyczącymi bhp oraz pouczenia o konieczności przestrzegania porządku i dyscypliny;** |
| **2) zagwarantowania bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, oraz przestrzegania przepisów prawa pracy dotyczących wykonywania przez kobiety prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia, w tym: zapewnienia odzieży i obuwia roboczego, napojów i posiłków profilaktycznych w tych rodzajach prac, które są identyczne do wykonywanych przez pracowników gminy lub podmiotu, w których są organizowane prace społecznie użyteczne;** |
| **3) prowadzenia ewidencji wykonanych prac społecznie użytecznych przez osoby uprawnione, skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach oraz naliczania wysokości świadczenia i faktycznego czasu (z korektą o godziny nieobecności udokumentowanej);** |
| **4) powiadamiania Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach oraz Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej, o przypadku gdy osoba uprawniona, w tym osoba wykonująca prace społecznie użyteczne na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych:**  |
|  **a) nie zgłosi się do wykonywania prac społecznie użytecznych,**  |
|  **b) nie podejmie przydzielonej jej pracy społecznie użytecznej,**  |
|  **c) opuści miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych,**  |
|  **d) naruszy porządek i dyscyplinę w miejscu wykonywania prac społecznie użytecznych,**  |
| **5) przestrzegania tygodniowej normy 10 godzin czasu pracy dla wykonujących prace społecznie użyteczne;** |
| **6) przestrzegania miesięcznej normy 40 godzin czasu pracy dla wykonujących prace społecznie użyteczne.**  |
| **Informacje zawarte we Wniosku i dane zawarte w załączonych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania Wniosku.** |
|  |  |
| **Data** | **Podpis i pieczęć imienna Organizatora** |

|  |
| --- |
| ***Załączniki:***Załącznik - „Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia z programów unijnych i krajowych wynikających z istnienia określonych związków z Federacją Rosyjską”Załącznik -Oferta pracy na formularzu „Zgłoszenie krajowej oferty pracy”. |

1. czas obowiązywania Porozumienia w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych, nie krócej niż 1 miesiąc,
 max. do 30 listopada danego roku. [↑](#footnote-ref-1)