

.....  
(pieczęć firmowa Organizatora)

.....  
(miejsowość, 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 2020 r. poz. 1409 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 ....., 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.

**I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ORGANIZATORZE PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

1. Pełna nazwa Organizatora: .....
2. Adres siedziby Organizatora: .....
3. Numer telefonu: ..... Nr fax: .....  
E-mail: .....
4. Nr rachunku bankowego, na które będzie przekazana refundacja  
.....
5. Imię i nazwisko, stanowisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie złożonego wniosku: .....
6. Numer identyfikacyjny NIP: .....REGON: .....PKD: .....

**II. 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,  
.....

<sup>1</sup> czas obowiązywania Porozumienia w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych, nie krócej niż 1 miesiąc, max. do 30 listopada danego roku.

- 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 .....

**2. Wnioskowany okres wykonywania prac:**

od ..... do .....

**3. Ogółem liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych: .....**

**4. Liczba godzin w miesiącu do przepracowania przez jedną osobę uprawnioną\*:**.....

[\*] – do 10 godzin tygodniowo

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE 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) ( <a href="http://www.psz.praca.gov.pl">www.psz.praca.gov.pl</a> )	
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.	<p><b>Nazwa podmiotu w którym będą organizowane prace społecznie użyteczne wraz z informacją o liczbie osób planowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center"><i>(nazwa podmiotu, siedziba, adres korespondencyjny, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)</i></p> <p>.....</p> <p>Liczba osób przewidziana wykonywania prac społecznie użytecznych</p> <p>.....</p>
	<p><b>Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center"><i>(adres, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)</i></p>
	<p><b>Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych**</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center"><i>(adres, osoba do kontaktu, nr telefonu)</i></p>
	<p><b>Rodzaj(e) prac społecznie użytecznych</b></p>	
	<p><b>Zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych**</b></p>	
8.	<p><b>Nazwa podmiotu w którym będą organizowane prace społecznie użyteczne wraz z informacją o liczbie osób do wykonywania prac społecznie użytecznych</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center"><i>(nazwa podmiotu, siedziba, adres korespondencyjny, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)</i></p> <p>.....</p> <p>Liczba osób do wykonywania prac społecznie użytecznych</p> <p>.....</p>
	<p><b>Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center"><i>(adres, osoba uprawniona do kontaktu, telefon)</i></p>
	<p><b>Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych**</b></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center"><i>(adres, osoba do kontaktu, nr telefonu)</i></p>

	<b>Rodzaj(e) prac społecznie użytecznych</b>	
	<b>Zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych**</b>	

\*\* Zgodnie Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. 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.

#### **IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA DLA SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH**

1. Wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych\*\*\*: \_\_\_\_\_ zł.  
[\*\*\*] – min. 8,70 zł/godz.
2. łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym wnioskiem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym: \_\_\_\_\_ zł.
3. Wysokość refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym wnioskiem
  - (max. 100%): \_\_\_\_\_ zł – dotyczy wyłącznie osób wykonujących prace społecznie użyteczne na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych
  - (max. 60%): \_\_\_\_\_ zł.
4. Po zakończeniu prac społecznie użytecznych zobowiązuję się do zatrudnienia przez okres co najmniej 30 dni:  
 TAK     NIE

na podstawie:

- 1) umowy o pracę na czas określony ..... osoby/osób przez okres .....miesiący;
- 2) umowy o pracę na czas nieokreślony ..... osoby/osób;
- 3) 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.**

#### **V. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA**

Oświadczam, że:

1. **Zalegam** na dzień złożenia Wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.  
(Należy wpisać TAK lub NIE)
2. 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)

### 3. 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 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)

**Załącznik, który należy dołączyć do Wniosku:**

Oferta pracy na formularzu „Zgłoszenie krajowej oferty pracy”