Września, dnia ...............................

..................................................................

(pieczęć organizatora)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**we Wrześni**

## WNIOSEK

## O ZORGANIZOWANIE STAŻU

## DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY I NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. **Liczba osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy we Wrześni, dla których istnieje możliwość zorganizowania stażu**:

……………………………………………………………………………….………………………………………

1. **Ewentualne wskazanie przez organizatora kandydata do odbycia stażu** (imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia):

………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….………

1. **Planowany okres realizacji stażu:**

od dnia ………………………..do dnia……………………………..

1. **Siedziba i miejsce prowadzenia działalności** *(podać dokładny adres)*:

………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….………

1. **Miejsce odbywania stażu** *(podać dokładny adres)*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…...…

Poniższe sformułowanie jest uzupełnieniem określenia miejsca odbywania stażu. Należy je zaznaczyć w przypadku odbywania stażu u pracodawcy, którego specyfika pracy opiera się na realizacji zleceń.

 **Każdorazowe miejsce wykonywania przez Organizatora zlecenia realizowanego
 w ramach prowadzonej działalności.**

1. **Wymagania dot. predyspozycji psychofizycznych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu:**

………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….………

1. Skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy niepełnosprawni, poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu będą odbywać staż na **stanowisku zgodnym z klasyfikacją zawodów i specjalności** (dostępną na stronie internetowej [www.wrzesnia.praca.gov.pl](http://www.wrzesnia.praca.gov.pl) – dokumenty do pobrania🡪 zakładka pracodawcy i przedsiębiorcy🡪 klasyfikacja zawodów i specjalności):

……………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..……

1. **Po okresie stażu organizator** *(zaznaczyć właściwe):*

zobowiązuje się do zatrudnienia bezpośrednio po zakończeniu umowy stażowej ……… (liczba) niepełnosprawnego poszukującego pracy i niepozostającego w zatrudnieniu na umowę o pracę przynajmniej na ½ etatu na okres co najmniej 1 miesiąca
(30 dni kalendarzowych).

 nie zapewnia zatrudnienia.

**…………………………………….……………….**

(podpis osoby/osób reprezentujących organizatora)

**Wymagane załączniki:**

1. **Formularz danych organizatora** (załącznik nr 1 do wniosku).
2. **Oświadczenia organizatora** (załącznik nr 2 do wniosku).
3. **Oświadczenie organów państwowych, organów samorządowych oraz innych instytucji prawa publicznego** (załącznik nr 3 do wniosku) – nie dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.
4. Program stażu **(wypełniony czytelnie w 2 egzemplarzach) –** (załącznik nr 4 do wniosku**)**
5. W przypadku **spółek**: umowa spółki cywilnej.
6. W przypadku **stowarzyszeń** właściwe dokumenty potwierdzające ich powstanie (np. uchwała o powstaniu, statut).
7. W przypadku **podmiotów prowadzących działalność rolniczą:** zaświadczenie właściwego miejscowo wójta lub burmistrza potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego oraz jego wielkości w ha przeliczeniowych.

Załącznik nr 1

do wniosku

o zorganizowanie stażu

dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy

i niepozostającej w zatrudnieniu ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**DANE ORGANIZATORA**

1. **Dane podstawowe:**

NAZWA: ……………………………………………………………………………………………………………

ADRES: ……………………………………………………………………………………………………………

NIP …………………………………………….. REGON ………………………………………………………..

Telefon, fax, e-mail ………………………………………………………………………………………………...

1. **Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, w dniu złożenia wniosku** *(nie należy uwzględniać zatrudnionych na podstawie umowy zlecenie i umowy o dzieło, osób przebywających na urlopach wychowawczych oraz pracowników młodocianych zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego):*

………………………………………………………………………………………………………………….……

1. **Forma prawna** *(właściwe podkreślić):*
* os. fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
* spółka akcyjna
* spółka cywilna
* spółka jawna
* spółka z o. o.
* przedsiębiorstwo państwowe
* spółdzielnia
* inna (jaka? )

……………………………….

1. **Rodzaj działalności: ..**…………………………………………………………………………………….
2. **Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:** ……………………………………………………..…….
3. **Liczba stażystów aktualnie odbywających staż:** ………….…………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko stażysty** | **Data urodzenia/PESEL** | **Okres odbywania stażu****od… do…** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Dotychczasowa współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy we Wrześni w zakresie staży\*:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Nr umowy** | **Imię i nazwisko osoby odbywającej staż** | **Czas trwania umowy od … do …** | **Ilość osób objętych wsparciem** | **Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu umowy** | **Przyczyny niewywiązania się z warunków umowy** |
| **Staż** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\**(wypełnia organizator, który korzystał z wymienionych form w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku)*

.................................................................. ................................................................................

Data Pieczątka i podpis Organizatora

(osoby uprawnionej do podpisania umowy)

Załącznik nr 2

do wniosku

o zorganizowanie stażu

dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy

i niepozostającej w zatrudnieniu ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych ( art. 233k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**Ponadto oświadczam, że:**

* nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
* na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego,
* w okresie ostatnich 365 dni przed złożeniem wniosku nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,
* w przypadku zawarcia umowy dot. odbywania stażu wyrażam zgodę na podanie do publicznej wiadomości tego faktu zgodnie z wymaganą procedurą art. 59b Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* zapoznałem się z zasadami dotyczącymi organizacji staży przez Powiatowy Urząd Pracy we Wrześni.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

* **wnioski złożone bez kompletu wymaganych załączników, wypełnione na nieprawidłowym formularzu lub zawierające jakiekolwiek braki formalne ze szczególnym uwzględnieniem programu stażu, nie będą rozpatrywane - dotyczy to również wniosków przesyłanych pocztą**,
* jeżeli nie zostanie zawarta umowa w ciągu 60 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia wniosku w związku z brakiem odpowiednich kandydatów wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania Organizatora,
* czas pracy osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu będącej osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo,
* osoba niepełnosprawna poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych,
* osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż przysługuje prawo do równego traktowania na zasadach przewidzianych w przepisach rozdziału II a w dziale pierwszym ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy,
* opiekun osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami osobami odbywającymi staż,
* u organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie osoby bezrobotne i osoby niepełnosprawne poszukujące pracy i niepozostające w zatrudnieniu w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy,
* u organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny lub osoba niepełnosprawna poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu.

.................................................................. ................................................................................

Data Pieczątka i podpis Organizatora

(osoby uprawnionej do podpisania umowy)

Załącznik nr 3

do wniosku

o zorganizowanie stażu

dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy

i niepozostającej w zatrudnieniu ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**OŚWIADCZENIE ORGANÓW PAŃSTWOWYCH,**

**ORGANÓW SAMORZĄDOWYCH**

**ORAZ INNYCH INSTYTUCJI PRAWA PUBLICZNEGO**

……………………………….……………………………........................................................................................

(nazwa instytucji)

działa na podstawie: ………………………………………………………………………………………...............

(tytuł)

z dnia……………………………….

.................................................................. ................................................................................

Data Pieczątka i podpis Organizatora

(osoby uprawnionej do podpisania umowy)

**Uwaga!**

**Ww. oświadczenie nie dotyczy wniosków składanych przez podmioty prowadzące działalność gospodarczą.**

Załącznik nr 4

do wniosku

o zorganizowanie stażu

dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy

i niepozostającej w zatrudnieniu ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**PROGRAM STAŻU**

1. **Nazwa zawodu lub specjalności, której dotyczy program** (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności): .....................................................................................................................................
2. **Program stażu dotyczy** (imię i nazwisko kandydata):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Miejsce odbywania stażu** (pełna nazwa organizatora i dokładny adres):

………………………………………………………………………………...……………………….……………………………………………………………………………………..………………………..

Poniższe sformułowanie jest dopełnieniem określenia miejsca odbywania stażu. Należy je zaznaczyć w przypadku odbywania stażu

u pracodawcy, którego specyfika pracy opiera się na realizacji zleceń.

 **Każdorazowe miejsce wykonywania przez Organizatora zlecenia realizowanego
 w ramach prowadzonej działalności.**

1. **Nazwa komórki organizacyjnej lub pieczątka:**

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

**5. System czasu pracy (z zachowaniem przepisów określonych w Kodeksie Pracy) dla stanowiska pracy:**

5.1. Zmianowość: 5.2. Dni pracy: 5.3. Godziny pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  jednozmianowy dwuzmianowy inny (podać jaki)………………………………….………………………………….…………………………………..…………………………………. |  poniedziałek wtorek środa czwartek piątek sobota niedziela |  7 – 15 6 – 14 14 – 22 inne (podać jakie)………………………………….………………………………….………………………………….. |

**UWAGA!!!**

* Czas pracy osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu będącego osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.
* Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.
* Urząd może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy**.**

5.4. Uzasadnienie potrzeby realizacji stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Zakres zadań wykonywanych przez osobę odbywającą staż** (w tym koniecznie przejście szkolenia BHP przed rozpoczęciem pracy):

…………………………………………………………………………………………………...……….

………………………………………………………………………………………...………………….

………………………………………………………………………………………………...………….

…………………………………………………………………………………………………................

………………………………………………………………………………………………...………….

…………………………………………………………………………………………………...……….

………………………………………………………………………………………...………………….

………………………………………………………………………………………………...………….

…………………………………………………………………………………………………................

………………………………………………………………………………………………...………….

1. **Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:**

…………………………………………………………………………………………………...……….

………………………………………………………………………………………...………………….

………………………………………………………………………………………………...………….

…………………………………………………………………………………………………................

………………………………………………………………………………………………...………….

Nabyte kwalifikacje lub umiejętności zawodowe zostaną potwierdzone na podstawie pisemnej opinii wydanej przez pracodawcę.

1. **Opiekunem osób(y) osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu (ej) odbywających(ej) staż będzie:**

imię i nazwisko………………………………………………………………………………….

stanowisko……………………………………………………………………………………….

wykształcenie……………………………………………………………………………………

telefon……………………………………………………………………………………………

Opiekun osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej  niż 3 osobami bezrobotnymi lub niepełnosprawnymi poszukującymi pracy i niepozostającymi w zatrudnieniu odbywającymi staż.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, po zakończeniu stażu.

Zmiana programu po zawarciu umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

 .................................................................. ........................................................................... Powiatowy Urząd Pracy Organizator