**Numer sprawy:**

…………………………

pieczęć firmowa organizatora

**W N I O S E K**

o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy jako osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu

|  |
| --- |
| **I.Dane organizatora:**  |
| 1.Pełna nazwa zakładu pracy:…………………………………………………………………………………………………………………….2.Imię i nazwisko osoby reprezentującej zakład pracy:…………………………………………………………………………………………………………………….3.Adres zakładu pracy:…………………………………………………………………………………………………………………….4.Numer telefonu: ……………………………. Fax:……………………….E-mail:……………………………5. REGON:……………………………………PKD:………………………NIP:………………………………. |
| **Osoba upoważniona do reprezentowania organizatora1:** |
| 1.Imię i Nazwisko:…………………………………………………………………………………………………………………….2.Stanowisko służbowe:…………………………………………………………………………………………………………………….3.Telefon kontaktowy:…………………………............. E-mail:……………………………………………….. |
| **Forma prawna organizatora3:** |
| * spółka z o.o.
* sp.akcyjna
* sp.jawna
* sp.komandytowa
* sp.cywilna
* przedsiębiorstwo

prywatne osobyfizycznej* przeds. państwowe
* fundacja
* stowarzyszenie
* spółdzielnia
* inna**2** ………………………………………….
 |
|

|  |
| --- |
| Rodzaj działalności:…………………………………………… Data rozpoczęcia:………..................................Liczba pracowników obecnie zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:……………………Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku:……………………………………. |

1wskazana osoba powinna posiadać pełnomocnictwo do reprezentowania organizatora i zawierania umów

2wpisać nazwę

3zaznaczyć właściwe

|  |
| --- |
| **II.Daneosoby, która ma odbywać staż:** |
| Imię (Imiona): .............................................................................................................................................................Nazwisko ........................................................................ Nazwisko rodowe………………………………………..Data urodzenia .................................................................Miejsce urodzenia ............................................................Imię matki ........................................................................Imię ojca ...........................................................................Nr PESEL .........................................................................Nr NIP ..............................................................................Seria i nr dowodu osob.....................................................wydany w dniu.................................................................przez……………………..………………………….…. Stan cywilny……………………………………………... |
| **Dane zameldowania:** |
| Miejscowość………………………………………….. Ulica………………………………………………………Nr domu….……………………………………………. Nr mieszkania.....................................................................Kod pocztowy................................................................. Poczta.................................................................................Powiat ............................................................................Województwo……………...……………………………...Numer kontaktowy:……………………………………. |
| **Wykształcenie:** |
| Nazwa szkoły i rok jej ukończenia ………………..…………………………………............................................... ……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….Zawód……………………………………….. Specjalność…………………………………………………………Stopień………………………………..……...Tytuł zawodowy-naukowy…………………....................................Wykształcenie uzupełniające………………………………………………………………………………………...Kursy…………………………………………………………………………………………………………….......Studia podyplomowe……………………………………………………………………………………………....... |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności:** |
| 1. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI * Znaczny/całk.niezd. do pracy i samodz. egz.- I grupa
* umiarkowany/ całk. niezd. do pracy- II grupa
* lekki/ część. niezd. do pracy- III grupa

2. NARUSZENIE SPRAWNOŚCI ORGANIZMU * czasowe (okresowe)**4**: …………………………………
* stałe (trwałe)

3. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA RENTOWEGO: .................................................................................................. |
| 4podać datę do kiedy wydane zostało orzeczenie  |
| Czy korzystał Pan/Pani ze środków finansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych?* Korzystałem:

 a. przedmiot dofinansowania....................................................................................................................................b. data otrzymania dofinansowania .........................................................................................................................* Nie korzystałem
 |

**III. Dane dotyczące stanowisk, na które osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu będzie kierowana do odbycia stażu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa stanowiska | Ilość miejsc | Wykształcenie/ zawód |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

1. **Miejsce odbywania stażu (adres zakładu pracy)**:

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

1. **Dane opiekuna osoby/osób objętej/ych programem stażu**:

Imię i Nazwisko:……………………………………………………………………………………………………

Zajmowane stanowisko: ……………………..................Wykształcenie:………………………………………….

Telefon służbowy:…………………………………............ E-mail:……………………………………………….

1. **Wnioskuję o skierowanie (liczba osób)…………….poszukującej/ych pracy niepozostającej/ych w zatrudnieniu do odbycia stażu na okres od dnia …………………………. do dnia ………………………………..
(nie krótszym niż 3 m-ce).**

**IV. Dotychczasowa współpraca z Urzędem Pracy bądź Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma aktywizacji zawodowej** (prace interwencyjne, roboty publiczne, staż, przygotowanie zawodowe dorosłych) | **Liczba osób przyjętych** ( do firmy w ramach aktywizacji zawodowej) | **Liczba osób zatrudnionych** po zakończeniu formy aktywizacji zawodowej | **Liczba osób, które są zatrudnione do dnia dzisiejszego**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

5właściwe podkreślić, dotyczy okresu 6 m-cy poprzedzających złożenie wniosku

**V. Stan zatrudnienia w zakładzie pracy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formazatrudnienia | W dniuzłożenia wniosku | **6 m-cy poprzedzających złożenie wniosku** |
|  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę | Na czas nieokreślony |  |  |  |  |  |  |  |
| Na czas określony |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa zlecenie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uczniowie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VI. Przebyte staże osoby ubiegającej się o staż**

( zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych na podstawie §1 ust.1 pkt 3 (Dz. U. 2009 nr 142 poz. 1160 z późn. zm.))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane pracodawcy** | **Zajmowane stanowisko** | **Rok odbycia stażu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Oświadczenia osoby kierowanej na staż:***

**Oświadczam, że:**

**1. Nie zamierzam kontynuować nauki w systemie dziennym.**

**2.** Wyrażam zgodę na skierowanie mnie na staż do pracodawcy ……………………………………………… ………………………...………………w okresie od dnia……………………do dnia………………………….

**3. Poddam się badaniom lekarskim** w celu stwierdzenia zdolności do odbywania stażu.

**4.** Zostałem/am zapoznany/a z programem i harmonogramem stażu

**5.** Zobowiązuję się do:

- Przestrzegania ustalonego przez pracodawcę rozkładu czasu pracy;

- Przestrzegania w zakładzie pracy zasad współżycia społecznego;

- Sumiennego i starannego wykonania zadań objętych programem stażu oraz stosowania się do poleceń pracodawcy i opiekuna, o ile nie są one sprzeczne z prawem;

-Przestrzegania przepisów i zasad obowiązujących pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy, w szczególności regulaminu pracy, tajemnicy służbowej, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych;

- Sporządzenia sprawozdania z przebiegu stażu zawierającego informacje o wykonywanych zadaniach oraz uzyskanych kwalifikacjach i umiejętnościach zawodowych;

**6. Dostarczenia do Dyrekcji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie opinii wydanej przez pracodawcę** oraz sprawozdania z przebiegu stażu w terminie 7 dni od daty wydania opinii;

**7.** Zostałem/am poinformowany/a o okolicznościach pozbawienia mnie możliwości kontynuowania stażu w przypadku:

* Nieusprawiedliwionej nieobecności podczas więcej niż jednego dnia stażu;
* Naruszenia podstawowych obowiązków określonych w regulaminie pracy, w szczególności stawienia się na staż w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, narkotyków, lub środków psychotropowych lub spożywania na stanowisku pracy alkoholu lub środków psychotropowych

**8.** Zostałem/am poinformowany/a, że na mój wniosek pracodawca jest obowiązany do udzielenia dni wolnych w wymiarze 2 dni za każde 30 dni odbywania stażu. Za dni wolne przysługuje stypendium.

- Zostałem/am powiadomiony/a o obowiązku powiadomienia Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie o niezdolności do pracy w terminie 2 dni od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego oraz obowiązku dostarczenia tego zaświadczenia niezwłocznie po ustaniu przyczyny niezdolności do pracy.

- Poinformuję Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie o wszelkich przeszkodach w odbywaniu stażu u pracodawcy

- Zapoznałem/am się z przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2017 poz. 1065 z późn. zm.).

**II. Przyjmuję do wiadomości:**

1. W przypadku nie ukończenia stażu z własnej winy, z wyjątkiem zatrudnienia, będę zobowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez PFRON.
2. Staż może zostać przerwany z przyczyn niezależnych od PCPR.
3. W okresie odbywania stażu będę otrzymywał/a stypendium w wysokości zasiłku dla bezrobotnych.

**…………………………….**

Podpis stażysty

**VII. Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. 2017 poz. 1065 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych. Na podstawie art. 53 ust. 9 ustawy
z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U.
2009 nr 142, poz. 1160 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U. 2016 poz. 2046 z późn. zm.).

**VIII. Wymagane dokumenty od Pracodawcy :**

* + 1. dokumenty poświadczające formę prawną organizatora – aktualny wydruk CEIDG bądź odpis
		z Krajowego Rejestru Sądowego (poświadczone za zgodność z oryginałem);
		2. kopia dokumentu nadania numeru REGON/ NIP (poświadczona za zgodność
		z oryginałem);
		3. zaświadczenie lub oświadczenie o niezaleganiu z podatkami w Urzędzie Skarbowym, opłatami składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za ostatnie 3 miesiące od dnia złożenia wniosku. W przypadku oświadczenia- zał. nr 2 do wniosku;

d. oświadczenie o niezaleganiu z opłatami składek na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w przypadku zatrudniania mniej niż 6% osób niepełnosprawnych w przypadku zatrudniania powyżej 25 pracowników.

**IX. Wymagane dokumenty osoby ubiegającej się o staż:**

**1.**Ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź wypis z treści orzeczenia w rozumieniu §11 ust. 4 pkt. 1, tj.: kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopii orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998 r. **(oryginał do wglądu);**

**2.** Zaświadczenie Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy o statusie osoby poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu;

**3.** Zaświadczenie o dochodach- np.: w przypadku renty zaświadczenie organu rentowego, np.: zasiłek
z opieki społecznej (zasiłek stały- zaświadczenie z MOPS) od kiedy do kiedy;

**4.**Kserokopia świadectw ukończenia szkół, uczelni wyższych, szkoleń, kursów; **(oryginał do wglądu);**

**5.** Zaświadczenie lekarskie ( dot. braku przeciwwskazań odbycia stażu na danym stanowisku)

**6.** Zaświadczenia BHP i PPOŻ;

**7.** Kserokopia świadectwa dojrzałości w przypadku wystąpienia **(oryginał do wglądu);**

**X. Załączniki do wniosku stanowiące jego integralną część:**

1. Prośba o skierowanie na staż

2. Oświadczenie o niezaleganiu w ZUS i US

3. Oświadczenie stażysty o przetwarzaniu danych osobowych
4. Oświadczenie pracodawcy
5. Program stażu
6. Klauzula informacyjna

 …………………………………

Pieczątka i podpis Organizatora