.................................................... (miejscowość, data)

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

Pieczęć firmowa gminy

Powiatowy Urząd Pracy

w Zakopanem

**WNIOSEK**

**w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych**

**w gminie ............................................................................**

Zgodnie z art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1482) oraz rozporządzeniem Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. 2017 r., poz. 2447), uwzględniając gminny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na okres\* ............. miesięcy, wnoszę o organizację prac społecznie użytecznych dla osób uprawnionych\*\*, w okresie od dnia ............................... do dnia ..............................

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

1. Nazwa i adres Organizatora , nr tel. ……………………………………………......................................................  
 ……………………………………………………………………………………………………………………….

2. Osoby reprezentujące Organizatora przy podpisaniu porozumienia (*imiona, nazwiska, stanowiska służbowe*):   
 ………………………………………………………………………………………………………………………..

3. NIP.................................................... REGON ..................................................... PKD …..………………………...  
4. Forma organizacyjno – prawna ……………………………………………………………………………………..

5. Numer rachunku bankowego Organizatora: ……………………………………………………….........................

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

1.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ogółem** liczba kierowanych osób uprawnionych \*\*  w tym: |  |
| - osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku korzystające ze świadczeń z pomocy  społecznej |  |
| - osoby uczestniczące w kontrakcie socjalnym |  |
| - osoby uczestniczące w indywidualnym programie usamodzielnienia |  |
| - osoby uczestniczące w lokalnym programie pomocy społecznej |  |
| - osoby uczestniczące w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego |  |
| - osoby skierowane do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych  obowiązków domowych, na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  |
| Liczba godzin w miesiącu do przepracowania **przez 1 osobę** uprawnioną | średnio: |
| Liczba godzin do przepracowania **przez 1 osobę** uprawnioną ogółem |  |
| **Ogółem** liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych |  |
| Łączna kwota świadczeń pieniężnych, przewidziana do wypłaty przez gminę osobom uprawnionym, we wnioskowanym okresie – ………………………. zł. | |
| **Wysokość refundacji z Funduszu Pracy** **ogółem** (60% minimalnej kwoty świadczenia): ................. zł zagodzinę tj. nie więcej niż ....................... złza ................ godzin. | |

w tym:

**a)** w okresie od dnia ........................................ do dnia .................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba kierowanych osób uprawnionych\*\*  w tym: |  |
| - osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku korzystające ze świadczeń z pomocy  społecznej |  |
| - osoby uczestniczące w kontrakcie socjalnym, |  |
| - osoby uczestniczące w indywidualnym programie usamodzielnienia, |  |
| - osoby uczestniczące w lokalnym programie pomocy społecznej, |  |
| - osoby uczestniczące w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego |  |
| - osoby skierowane do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych  obowiązków domowych, na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  |
| Liczba godzin w miesiącu do przepracowania **przez 1 osobę** uprawnioną | średnio: |
| Liczba godzin do przepracowania przez **1 osobę** uprawnioną ogółem |  |
| **Ogółem** liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych |  |
| Podmioty, w których organizowane będą prace społecznie użyteczne:  **1)**......................................................................................................................................................................  *(nazwa podmiotu, siedziba i adres korespondencyjny*)  osoba odpowiedzialna:............................................................................... nr tel. .........................................    **2)**......................................................................................................................................................................  *(nazwa podmiotu, siedziba i adres korespondencyjny*)  osoba odpowiedzialna:............................................................................... nr tel. .........................................    **3)**......................................................................................................................................................................  *(nazwa podmiotu, siedziba i adres korespondencyjny*)  osoba odpowiedzialna:............................................................................... nr tel. ......................................... | |
| Rodzaje prac:  **1)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **2)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **3)**……………..................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | |
| Miejsca wykonywania prac społecznie użytecznych:  **1)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **2)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **3)**……………..................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | |
| Zakres codziennych obowiązków domowych, obejmujących w szczególności prace o charakterze pomocniczym\*\*\*, wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych:    **1)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **2)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **3**)……………..................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | |
| Wysokość świadczenia pieniężnego, przysługującego osobie uprawnionej, z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych: **.................. zł za godzinę**. | |
| Łączna kwota świadczeń pieniężnych, przewidziana do wypłaty przez gminę osobom uprawnionym,  w w/w okresie – ............................ zł. | |
| **Wysokość refundacji z Funduszu Pracy** w ww. okresie (60% minimalnej kwoty świadczenia): ................. zł zagodzinę tj. nie więcej niż ....................... złza ................ godzin. | |

**b)** w okresie od dnia ........................................ do dnia .................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba kierowanych osób uprawnionych\*\*  w tym: |  |
| - osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku korzystające ze świadczeń z pomocy  społecznej |  |
| - osoby uczestniczące w kontrakcie socjalnym, |  |
| - osoby uczestniczące w indywidualnym programie usamodzielnienia, |  |
| - osoby uczestniczące w lokalnym programie pomocy społecznej, |  |
| - osoby uczestniczące w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego |  |
| - osoby skierowane do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych  obowiązków domowych, na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  |
| Liczba godzin w miesiącu do przepracowania **przez 1 osobę** uprawnioną | średnio: |
| Liczba godzin do przepracowania przez **1 osobę** uprawnioną ogółem |  |
| **Ogółem** liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych |  |
| Podmioty, w których organizowane będą prace społecznie użyteczne:  **1)**......................................................................................................................................................................  *(nazwa podmiotu, siedziba i adres korespondencyjny*)  osoba odpowiedzialna:............................................................................... nr tel. .........................................    **2)**......................................................................................................................................................................  *(nazwa podmiotu, siedziba i adres korespondencyjny*)  osoba odpowiedzialna:............................................................................... nr tel. .........................................    **3)**......................................................................................................................................................................  *(nazwa podmiotu, siedziba i adres korespondencyjny*)  osoba odpowiedzialna:............................................................................... nr tel. ......................................... | |
| Rodzaje prac:  **1)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **2)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **3)**……………..................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | |
| Miejsca wykonywania prac społecznie użytecznych:  **1)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **2)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **3)**……………..................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | |
| Zakres codziennych obowiązków domowych, obejmujących w szczególności prace o charakterze pomocniczym\*\*\*, wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych:    **1)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **2)**……………..................................................................................................................................................    .....................................................................................................................................................................  **3)**……………..................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | |
| Wysokość świadczenia pieniężnego, przysługującego osobie uprawnionej, z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych: **.................. zł za godzinę**. | |
| Łączna kwota świadczeń pieniężnych, przewidziana do wypłaty przez gminę osobom uprawnionym,  w w/w okresie – ............................ zł. | |
| **Wysokość refundacji z Funduszu Pracy** w ww. okresie (60% minimalnej kwoty świadczenia): ................. zł zagodzinę tj. nie więcej niż ....................... złza ................ godzin. | |

\* Czas obowiązywania Porozumienia w sprawie organizacji prac społecznie użytecznych , powinien być nie dłuższy niż 12 miesięcy oraz nie krótszy niż 1 miesiąc, na podstawie opracowanego gminnego planu potrzeb.

**\***\*  **Osoba uprawniona,** to:

1/ osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej,

lub uczestnicząca:

2/ w kontrakcie socjalnym,

3/ w indywidualnym programie usamodzielnienia,

4/ w lokalnym programie pomocy społecznej,

5/ w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego,

6/ osoby skierowane do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych, na rzecz  
 opiekunów osób niepełnosprawnych,

jeżeli podjęła uczestnictwo w tych formach, w wyniku skierowania powiatowego urzędu pracy na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

\*\*\* Z wyłączeniem prac związanych z bezpośrednią opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków.

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

/Podpis i pieczątka imienna

reprezentanta gminy/

**Wypełnia Urząd:**

**A/** **Opinia pracownika ds. organizacji miejsc pracy subsydiowanej:**

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

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

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

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

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

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

……………………………….. ..……………………………………..

Data Podpis pracownika

**B/ Opinia Kierownika CAZ**

Opiniuję: pozytywnie / negatywnie \*

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

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

................................................................. Podpis Kierownika CAZ

**C/** **Opinia Księgowego CUW**

Opiniuję: pozytywnie / negatywnie \*

Okres refundacji .............................…......................................… Ilość osób ....…….........................

Kwota refundacji ogółem: ...................................................................................................................

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

Data ipodpis Księgowego

**D/** **Decyzja Dyrektora PUP**

Wniosek został rozpatrzony negatywnie/pozytywnie\*.

……………………………….. .………….…………………......……

Data Dyrektor PUP ( pieczątka i podpis)

**\*** niewłaściwe skreślić