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

(pieczęć ośrodka pomocy społecznej) miejscowość, data

**LISTA OSÓB UPRAWNIONYCH\*, KTÓRE MOGĄ ZOSTAĆ SKIEROWANE DO WYKONYWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwisko i Imię** | **Numer PESEL**(w przypadku braku PESEL podać nr paszportu lub nazwę i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość) | **Miejsce zamieszkania lub miejsce pobytu** | **Kategoria, do której należy osoba uprawniona\*****( wpisać 1,2,3,4 lub 5)** | **Osoby wskazane do wykonywania****prac społecznie użytecznych związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych****(wpisać 6)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\* 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,

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 (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 475),

**w tym:**

**6)** osoby wskazane do wykonywania prac społecznie użytecznych związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych.

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

 Kierownik ośrodka pomocy społecznej

 (podpis i imienna pieczątka)