…………………………., …………………

*…………………………….… /Miejscowość/ /Data/*

 */Pieczątka Organizatora/*

 **Starosta Parczewski**

 **za pośrednictwem**

 **Powiatowego Urzędu Pracy**

 **w Parczewie**

**WNIOSEK O ORGANIZACJĘ**

**PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH – 2024**

Na zasadach określonych w:

- Art. 73 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475)

- 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 roczny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych sporządzony i złożony

przez Gminę do Powiatowego Urzędu Pracy w Parczewie

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:**

1.Nazwa Organizatora ………………………………......................................................................................

2. Adres siedziby ………………………...………………………………………................................................

3. Adres miejsca prowadzenia działalności ……………...……………………………………………………..…

4. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności………………………………………..…….…..…

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

 PKD (przeważające)………………………………..strona internetowa …………………….…………………

6. Aktualna liczba zatrudnionych\* pracowników, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, **na dzień** **złożenia wniosku wynosi** …………………… **(\*Zatrudnienie -** wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą).

7.Nazwa banku i numer rachunku bankowego ……………………….……………………….……….…………

\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

8. Osoba upoważniona do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Parczewie:

Nazwisko i imię………………………………….……stanowisko....................................................................

 nr tel. …………………….………………….……email………….………………...…………………..…………

9. Osoba /y uprawniona/e do reprezentacji (zawarcia porozumienia):

A. Nazwisko i imię........................................................................................................................................

stanowisko........................................... nr tel. …………………….……email.………………........….........…

**II. OPIS MIEJSC WYKONYWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH:**

1. Liczba osób uprawnionych\*, które zostaną skierowane do wykonywania prac społecznie użytecznych...

2.Planowane rozpoczęcie prac społecznie użyteczne od dnia ……………………………………..………...

 do dnia ……………………………………………..……

3. Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych przez jednego bezrobotnego:

A w tygodniu\*\* ……………………….………………………………………………………...………………….…

B w miesiącu ……………………………………………………………………………………………………...….

C ogółem przez wnioskowany okres wykonywania prac społecznie użytecznych ……………………………

4. Nazwa zawodu\*\*\* ……………………………….……….………Kod zawodu\*\*\*….….……...…………...…..

5. Stanowisko…….……………………….……………….………………………….…………………….….…….

godz. rozpoczęcia i zakończenia prac ………………….…………..……………………...………………..……

6.Kwalifikacje – oczekiwania względem kierowanych osób bezrobotnych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj wymagania** | **Opis** |  **Konieczne (K) czy** **pożądane (P)?** |
| **wykształcenie** |  |  |
| **uprawnienia** |  |  |
| **umiejętności** |  |  |
| **doświadczenie** |  |  |
| **znajomość języków obcych z określeniem poziomu znajomości** |  |  |

**W przypadku kwalifikacji nie wymaganych względem kierowanych osób bezrobotnych w opisie proszę wpisać – NIE WYMAGANE.**

7. Rodzaj i miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych wraz z oznaczeniem podmiotów, w których będą realizowane te prace, a w przypadku prac społecznie użytecznych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych w ramach tych prac, obejmujących w szczególności prace o charakterze pomocniczym, z wyłączeniem prac związanych z bezpośrednią opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków:

A Rodzaj prac społecznie użytecznych……………..………………………………….……….…………………

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

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

\* osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej, osoby uczestniczące w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego, jeżeli podjęły uczestnictwo w tych formach w wyniku skierowania powiatowego urzędu na podstawie art.50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

\*\* bezrobotny może być skierowany do wykonywania prac społecznie użytecznych **w wymiarze do 10 godzin w tygodniu**

\*\*\* zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 poz. 227 z poźn.zm.).

B Miejsce/a wykonywanie prac społecznie użytecznych:

* Nazwa podmiotu …………………………………..…………………………………………………….………
* Siedziba/adres……………………………………………………………………………………………………
* Osoba upoważniona do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Parczewie:

Nazwisko i imię…………………………………….……stanowisko.................................................................

nr tel. …………………….………………….……email………….……………………………………..…………

* Nazwa podmiotu …………………………………..……………………………………………………………
* Siedziba/adres……………………………………………………………………………………………..……
* Osoba upoważniona do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Parczewie:

Nazwisko i imię…………………………………….……stanowisko................................................................

nr tel. …………………….………………….……email………….………………..…...………………..…………

* Nazwa podmiotu …………………………………..…………………………………………….………………
* Siedziba/adres……………………………………………………………………………………………………
* Osoba upoważniona do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy w Parczewie:

Nazwisko i imię…………………………………….……stanowisko................................................................

nr tel. …………………….………………….……email………….……….……...……………………..…………

8. Wysokość proponowanego świadczenia za godzinę (uwzględniając wnioskowaną refundację)\* ………………..……zł

8. Wnioskowana wysokość świadczenia przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych do refundacji za 1 osobę …………………….…………..zł\*\*

9. System wypłaty świadczenia (miesięczny, akordowy, ryczałtowy, godzinowy):…………………………….……w terminie…………………………………...….……………….…

10.Miejsce i termin kierowania osób bezrobotnych na rozmowę………………………………………………..

\* minimalna kwota świadczenia 10,90 zł za godzinę prac społecznie użytecznych

\*\* 60% minimalnej kwoty świadczenia

**INFORMACJA**

Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Parczewie z siedzibą w Parczewie, ul. Bema 2, 21-200 Parczew.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyznaczył inspektora ochrony danych. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: iod@parczew.praca.gov.pl.
3. Dane, w tym dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt e RODO dla celów realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.
4. Odbiorcą danych osobowych są podmioty, którym Administrator przekazuje dane osobowe na podstawie przepisów prawa.
5. Dane, w tym dane osobowe związane z realizacją form wsparcia dla pracodawców przechowywane są przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz przez okres przechowywania dokumentacji określony w odrębnych przepisach.
6. Pracodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzaniu.
7. Pracodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych.

**Oświadczam, że na dzień składania wniosku informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji, wyjaśnień lub dokumentów potwierdzających informacje zawarte we wniosku.**

 **…………………………………………..**

 */Podpis i pieczątka Organizatora/*

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy (akt założycielski, statut, uchwała, regulamin) – **Załącznik Nr 1**,

2. Oświadczenie Wnioskodawcy – **Załącznik Nr 2**

1. Dokument potwierdzający pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (jeżeli nie wynika z załączników) – **Załącznik Nr 3**

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone przez Wnioskodawcę lub osobę upoważnioną klauzulą „za zgodność z oryginałem” wraz z datą i pieczątka imienną osoby składającej podpis lub czytelnym podpisem osób uprawnionych do potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem.**

**Załącznik nr 2** do wniosku o organizację prac społecznie użytecznych

**Oświadczam, że:**

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

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

 (pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

1. **Znajduję / nie znajduje\*** się w stanie likwidacji i upadłości.
2. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom oraz należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
3. **Posiadam / nie posiadam**\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
4. **Byłem / nie byłem\*** karany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **jestem / nie jestem**\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
5. **Zatrudniam / nie zatrudniam co najmniej jednego pracownika\*** (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą).

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

 (data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy)