

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

o skierowanie na staż finansowany ze środków PFRON osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu

Podstawa prawna:

1. ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 poz.645 z późn. zm)
2. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142 poz. 1160)
3. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 127 poz. 721 z 2011 z późn. zm.)

Starosta może skierować do odbycia stażu osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostających w zatrudnieniu:

- do 6 miesięcy

- do 30 roku życia na okres do 12 miesięcy

A. DANE FIRMY

Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa firmy:	
Adres – Województwo:	
Adres – Miejscowość:	
Adres – Kod pocztowy:	
Adres – Poczta:	
Adres – Ulica:	
Adres – Nr domu:	
Adres – Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	
Forma prawna:	
Rodzaj działalności:	
Data rozpoczęcia działalności:	
NIP:	
REGON:	

Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób reprezentujących organizatora stażu (upoważnionych do podpisywania umowy):

Nazwa pola	Wartość
Osoba 1 – Imię i nazwisko:	
Osoba 1 – D.o. seria i nr:	
Osoba 1 – Stanowisko:	
Osoba 2 – Imię i nazwisko:	
Osoba 2 – D.o. seria i nr:	
Osoba 2 – Stanowisko:	

STAN ZATRUDNIENIA U ORGANIZATORA STAŻU

Forma zatrudnienia - Umowa o pracę ogółem

Nazwa pola	Wartość
Liczba pracowników w dniu złożenia wniosku – Data	
Liczba pracowników w dniu złożenia wniosku – Ilość pracowników	
Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożeniu wniosku – Data	
Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożeniu wniosku – Ilość etatów	

U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie osoby niepełnosprawne poszukujące pracy 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 (nie zatrudniający pracowników) staż może odbywać jednocześnie jedna osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu.

B. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA

1. Organizator oświadcza że nie toczy się w stosunku do niego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
2. Osoba odbywająca staż otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy i norm wewnętrznych przysługujące pracownikom zatrudnionym na czas nieokreślony.
3. Organizacja stażu nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecnie zatrudnionych w zakładzie.
4. Czy w ostatnich 6 miesiącach były zwolnienia pracowników (ogółem ile osób) w tym z przyczyn zakładu pracy

C. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU

Lp.	Nazwa stanowiska	Ilość miejsc pracy	predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne ¹ , poziom wykształcenia oraz minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu na danym stanowisku pracy

Nazwa pola		Wartość
Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące)	Ile miesięcy:	
	Od dnia:	
	Do dnia:	
Nazwa zawodu lub specjalności:		
Nazwa komórki organizacyjnej:		
Nazwa stanowiska pracy:		
Opis i zakres zadań zawodowych jakie będą wykonywane podczas stażu:		
Miejsce odbywania stażu:		
Czas pracy osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:		
Imiona i nazwiska proponowanych kandydatów do skierowania na staż:		
Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:		
Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:		

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

D. DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY

Forma	Liczba zorganizowanych miejsc pracy	W jakim okresie (lata)	Liczba zatrudnionych osób po wygaśnięciu umowy
Prace interwencyjne			
Stáže			
Doposażenie stanowiska pracy			
Dotacje na rozpoczęcie działalności gosp.			
Inne (podać jakie)			

WNIOSKI NIEUZUPEŁNIONE I NIEKOMPLETNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE!

Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK) oświadczamy, że zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.

Podpis i pieczęć Organizatora

Odnośniki do wniosku

¹ Koszt badań lekarskich stwierdzających zdolność do wykonywania czynności na obowiązującym stanowisku finansowane są przez organizatora stażu.

.....
(pieczęć firmowa Organizatora)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 KK za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

Podpis i pieczęć składającego oświadczenie

Zgłoszenie oferty stażu

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY		
Nazwa pola	Wartość	
Nazwa organizatora:		
Dane osoby reprezentującej organizatora	Imię i nazwisko:	
	Stanowisko:	
	Telefon:	
	E-mail:	
	Inne:	
Adres organizatora	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Kod pocztowy:	
	Poczta:	
	Ulica:	
	Nr domu:	
	Nr lokalu:	
Numer NIP:		
Numer statystyczny pracodawcy (REGON):		
Forma własności:	<input type="checkbox"/> prywatna <input type="checkbox"/> publiczna	
Forma kontaktu kandydata z organizatorem:	<input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> telefoniczny <input type="checkbox"/> inny (np. CV przesłać pocztą)	
Podstawowy rodzaj działalności wg EKD/PKD:		
Liczba zatrudnionych pracowników:		

II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca stażu	
Nazwa pola	Wartość
Nazwa zawodu:	
Kod zawodu:	
Nazwa stanowiska:	
Liczba wolnych miejsc zatrudnienia:	
W tym dla osób niepełnosprawnych:	
Wnioskowana liczba kandydatów:	
Miejsce wykonywania pracy:	
Dodatkowe informacje (możliwość zakwaterowania):	
Zmianowość:	<input type="checkbox"/> jednozmianowa <input type="checkbox"/> dwie zmiany <input type="checkbox"/> trzy zmiany <input type="checkbox"/> ruch ciągły <input type="checkbox"/> inny:
Data rozpoczęcia stażu:	
Wymagania – oczekiwania pracodawcy	Wykształcenie:
	Staż pracy:
	Umiejętności – specjalności:
	Inne:
Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy:	

III. Adnotacje urzędu pracy

Nazwa pola	Wartość
Numer pracodawcy:	
Data przyjęcia zgłoszenia:	
Numer zgłoszenia:	
Sposób przyjęcia oferty:	<input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/> pisemnie <input type="checkbox"/> elektronicznie <input type="checkbox"/> osobiście
Data anulowania zgłoszenia:	
Numer pracownika:	
Inne informacje:	

Program stażu

III. Adnotacje urzędu pracy

Nazwa pola	Wartość
Sporządzony w dniu:	
Przez organizatora:	
Opiekun osoby objętej programem stażu:	

Harmonogram praktycznego wykonywania przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu czynności lub zadań dla zawodu lub specjalności:

.....

(nazwa zawodu lub specjalności winna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania Rozporządzenie MP i PS z dnia 7 sierpnia 2014r. (Dz. U. z 2014 poz. 1145)

W przypadku kilku różnych stanowisk dla każdego z nich należy sporządzić odrębny program stażu.

Okres stażu (etapy realizacji zadań)	Zakres wykonywanych zadań	Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia

Organizator stażu zobowiązuje się do należytej realizacji stażu zgodnie z ustalonym programem. Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w Programu stażu, umożliwi osobom niepełnosprawnym poszukującym pracy niepozostającym w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

<i>Osoba upoważniona przez Starostę</i>	<i>Organizator</i>

Program stażu

III. Adnotacje urzędu pracy

Nazwa pola	Wartość
Sporządzony w dniu:	
Przez organizatora:	
Opiekun osoby objętej programem stażu:	

Harmonogram praktycznego wykonywania przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu czynności lub zadań dla zawodu lub specjalności:

.....

(nazwa zawodu lub specjalności winna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania Rozporządzenie MP i PS z dnia 7 sierpnia 2014r. (Dz. U. z 2014 poz. 1145)

W przypadku kilku różnych stanowisk dla każdego z nich należy sporządzić odrębny program stażu.

Okres stażu (etapy realizacji zadań)	Zakres wykonywanych zadań	Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia

Organizator stażu zobowiązuje się do należytej realizacji stażu zgodnie z ustalonym programem. Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w Programu stażu, umożliwi osobom niepełnosprawnym poszukującym pracy niepozostającym w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

<i>Osoba upoważniona przez Starostę</i>	<i>Organizator</i>