

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

DANE ORGANIZATORA

Nazwa pola	Wartość
Pełna nazwa firmy:	
NIP:	
REGON:	
Forma prawna:	<input type="checkbox"/> spółka z o.o. <input type="checkbox"/> spółka akcyjna <input type="checkbox"/> spółka jawna <input type="checkbox"/> spółka komandytowa <input type="checkbox"/> spółka cywilna <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo prywatne osoby fizycznej <input type="checkbox"/> instytucja państwowa <input type="checkbox"/> fundacja <input type="checkbox"/> stowarzyszenie <input type="checkbox"/> spółdzielnia <input type="checkbox"/> inna:
Rodzaj działalności:	
Data rozpoczęcia działalności:	
Podstawowy rodzaj działalności według EKD/PKD:	
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)

Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy

Imię i nazwisko	PESEL	Funkcja

Adres

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

Województwo:	
Powiat:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Telefon:	
Fax:	
Email:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

Stan zatrudnienia

Nazwa pola	Wartość
Liczba pracowników obecnie zatrudnionych na pełny wymiar czasu pracy:	
Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku:	

DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU

STANOWISKO

Nazwa pola	Wartość
Nazwa stanowiska:	
Liczba miejsc:	
Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:	
Pożądane (minimalne) kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:	
Proponowany okres odbywania stażu¹:	
Od dnia:	
Do dnia:	
Wnioskuje o:	zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 114 ust. 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na okres od 3 do 6 miesięcy

¹ Staż nie może być krótszy niż 3 miesiące i powinien trwać do 6 miesięcy

Nazwa zawodu lub specjalności:	
Nazwa komórki organizacyjnej:	
Opis i zakres zadań jakie będą wykonywane podczas stażu:	
Miejsce odbywania stażu:	
Imię i nazwisko opiekuna oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:	
Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:	<input type="checkbox"/> brak deklaracji zatrudnienia <input type="checkbox"/> zatrudnienie na czas określony min. 3 miesięcy

KANDYDACI

Imię i nazwisko	PESEL lub numer dokumentu potwierdzającego pobyt cudzoziemca	Data urodzenia	Nr telefonu

STANOWISKO

Nazwa pola	Wartość
Nazwa stanowiska:	
Liczba miejsc:	
Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:	
Pożądane (minimalne) kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:	
Proponowany okres odbywania stażu²:	
Od dnia:	
Do dnia:	

2 Staż nie może być krótszy niż 3 miesiące i powinien trwać do 6 miesięcy

Wnioskuję o:	organizowanie stażu na zasadach określonych w art. 114 ust. 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na okres od 3 do 6 miesięcy <input type="checkbox"/>
Nazwa zawodu lub specjalności:	
Nazwa komórki organizacyjnej:	
Opis i zakres zadań jakie będą wykonywane podczas stażu:	
Miejsce odbywania stażu:	
Imię i nazwisko opiekuna oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:	
Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:	<input type="checkbox"/> brak deklaracji zatrudnienia <input type="checkbox"/> zatrudnienie na czas określony min. 3 miesięcy

KANDYDACI

Imię i nazwisko	PESEL lub numer dokumentu potwierdzającego pobyt cudzoziemca	Data urodzenia	Nr telefonu

STANOWISKO

Nazwa pola	Wartość
Nazwa stanowiska:	
Liczba miejsc:	
Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:	
Pożądane (minimalne) kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:	
Proponowany okres odbywania stażu³:	

Od dnia:	
Do dnia:	
Wnioskuje o:	organizowanie stażu na zasadach określonych w art. 114 ust. 2 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na okres od 3 do 6 miesięcy
Nazwa zawodu lub specjalności:	
Nazwa komórki organizacyjnej:	
Opis i zakres zadań jakie będą wykonywane podczas stażu:	
Miejsce odbywania stażu:	
Imię i nazwisko opiekuna oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:	
Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:	<input type="checkbox"/> brak deklaracji zatrudnienia <input type="checkbox"/> zatrudnienie na czas określony min. 3 miesięcy

KANDYDACI

Imię i nazwisko	PESEL lub numer dokumentu potwierdzającego pobyt cudzoziemca	Data urodzenia	Nr telefonu

DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY

	Numer umowy	Liczba osób przyjętych do firmy w ramach ww. formy aktywizacji zawodowej	Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu subsydiowanego zatrudnienia, stażu lub przygotowania	Liczba osób, które są zatrudnione do dnia dzisiejszego po zakończonym okresie subsydiowanego zatrudnienia, stażu,

3 Staż nie może być krótszy niż 3 miesiące i powinien trwać do 6 miesięcy

			zawodowego	przygotowania zawodowego lub przygotowania zawodowego dorosłych
Prace interwencyjne				
Stáže				
Doposażenie stanowiska pracy				
Dotacje na rozpoczęcie działalności gospodarczej				
Roboty publiczne				
Przygotowanie zawodowe dorosłych				
Inne (podać jakie):				

PROGRAMY STAŻU

PROGRAM

Nazwa pola	Wartość
Sporządzony w dniu:	
Opiekun osoby objętej programem stażu:	
Zawód lub specjalność:	
Okres stażu (etapy realizacji zadań):	
Zakres wykonywanych zadań:	
Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia:	

PROGRAM

Nazwa pola	Wartość
Sporządzony w dniu:	
Opiekun osoby objętej programem stażu:	
Zawód lub specjalność:	
Okres stażu (etapy realizacji zadań):	

Zakres wykonywanych zadań:	
Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia:	
PROGRAM	
Nazwa pola	Wartość
Sporządzony w dniu:	
Opiekun osoby objętej programem stażu:	
Zawód lub specjalność:	
Okres stażu (etapy realizacji zadań):	
Zakres wykonywanych zadań:	
Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia:	

OŚWIADCZENIA

Zostałem poinformowany, że:

1. 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.
2. U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jedna osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu
3. Wniosek rozpatrzony pozytywnie nie zostanie realizowany, jeżeli w terminie do 30 dni od daty jego pozytywnego rozpatrzenia Organizator nie zgłosi pisemnie kandydata do odbycia stażu.

4. Wskazana imiennie osoba niepełnosprawna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu nie odbywała stażu, nie była zatrudniona, w tym jako młodociany pracownik w celu przygotowania zawodowego, ani nie wykonywała u organizatora stażu innej pracy zarobkowej w okresie ostatnich 24 miesięcy.

Zapoznałem się z zobowiązaniami Organizatora stażu wynikającymi z ROZPORZĄDZENIA MINISTRA RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 30 października 2025 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu organizowania stażu dla bezrobotnych oraz z Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

<i>Podpis i pieczęć Organizatora</i>

.....
(pieczęćka firmowa Organizatora)