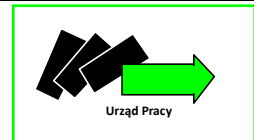




WNIOSK¹ KOREKTA¹
dotyczy części, punktów:

Pieczęć PUP i data wpływu wniosku

rejestr wniosków pod nr...../2018



Starosta Lubański
Powiatowy Urząd Pracy
ul. Lwówecka 10
59-800 Lubań

Wniosek o zorganizowanie ze środków PFRON stażu dla osób zarejestrowanych jako osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu

I. Dane podmiotu składającego wniosek, zwanego dalej Organizatorem:

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko prowadzącego działalność gospodarczą
2. Miejsce prowadzenia działalności/ adres siedziby firmy/ adres do korespondencji:
3. DATA rozpoczęcia działalności....., NIP, nr KRS.....
PKD.....; REGON..... e-mail, fax
4. Forma prawna
(przedsiębiorstwo, spółdzielnia, spółka, działalność indywidualna, inne)
5. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora; do zawarcia umowy z PUP Lubań wynikające z aktualnego stanu prawnego KRS/CEIDG:
 - a)
 - b)
6. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osoby/osób upoważnionej/yh do kontaktu z PUP, odbierania umów, korespondencji:
 - a) tel.....
 - b) tel.....
7. Imię i nazwisko, stanowisko służbowe osoby upoważnionej do potwierdzenia przyjęcia na staż osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu, podpisywania listy obecności stażysty, wniosków o dzień wolny podczas nieobecności Organizatora lub Opiekuna:
 - a).....tel./e-mail.....
 - b) tel./e-mail
8. Liczba pracowników w dniu złożenia wnioskuosób, w tym w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: osób, w tym liczba pracujących na umowę zlecenie, dzieło: osób.
9. Liczba pracowników zatrudnionych w miejscu odbywania stażu przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu (cz. II pkt 10): osób.
10. Liczba osób odbywających staż u Organizatora w dniu złożenia wniosku osób (w tym z innego PUP): osób.
11. Skierowana na staż osoba niepełnosprawną poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych, przysługujących zatrudnionym pracownikom.
12. **Zapoznałem/am** się z warunkami i zasadami organizacji stażu, kryteriami oceny składanych wniosków, zasadami reprezentacji i jej dokumentowania, projektem umowy w sprawie organizacji stażu - dostępnymi na stronie internetowej PUP Lubań (www.luban.praca.gov.pl) w Menu:
 - a) Dla pracodawców i przedsiębiorców - Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji pracowników i kandydatów do pracy - Staże i bony stażowe lub
 - b) Dla bezrobotnych i poszukujących pracy - Dla niepełnosprawnych lub
 - c) Urząd - Dokumenty do pobrania - PFRON /Stażi w siedzibie urzędu (pokój nr 12, I piętro, tablica ogłoszeń), złożenie niniejszego wniosku oznacza przyjęcie zapisów zawartych we wskazanych dokumentach/drukach.
13. Jeżeli w Programie stażu ujęte zostały zadania polegające np. na obsłudze maszyn i urządzeń, wykonywaniu czynności, do których wymagane jest posiadanie uprawnień zawodowych określonych w odrębnych przepisach – wskazany we wniosku Opiekun posiada uprawnienia zawodowe i kwalifikacje umożliwiające naukę wykonywania zadań na stażu i gwarantujące należyte przygotowanie osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu do samodzielnej pracy.

¹ zaznaczyć odpowiednie pole; składając korektę wpisać których pkt. wniosku dotyczy

II. Zgłoszenie wolnego miejsca stażu

1.	Nazwa stanowiska pracy	
2.	Ilość wnioskowanych miejsc stażu	3. Proponowany okres stażu (nie krótszy niż 3 miesiące)
4.	Wymagania (podać): a) wykształcenie: poziom b) wykształcenie: kierunek(i) c) minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu, d) dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych	a)..... b)..... c)..... d).....
Starosta <u>nie kieruje do lekarza medycyny pracy</u> ; badanie lekarskie na które kierowana jest osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu to badanie ogólne, uzyskane zaświadczenie nie jest zaświadczeniem lekarskim, na podstawie którego można zatrudnić osobę na umowę o pracę. Starosta <u>nie kieruje na badania sanitarno-epidemiologiczne i nie ponosi ich kosztów.</u>		
5.	PESEL :	Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu:
6.	W przypadku nie kwalifikowania się wskazanego kandydata do odbycia stażu (pkt 5.) (jestem/ nie jestem – wpisać odpowiedź) zainteresowany skierowaniem innej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu zarejestrowanej w PUP Lubań; nie udzielenie informacji zostanie przez PUP przyjęte jako brak chęci zorganizowania stażu dla innej osoby.	
7.	Dni i godziny odbywania stażu (od – do w dniach odbywania stażu)	
Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych. W uzasadnionych przypadkach <u>na pisemny wniosek Organizatora</u> . Starosta może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy. Czas osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a w przypadku osoby niepełnosprawnej zaliczanej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo		
8.	Zmianowość	9. Liczba godzin pracy przy komputerze w ciągu dnia:
10.	Miejsce odbywania stażu (adres) – zgodnie z CEIDG/KRS; w przypadku zawodów branży budowlanej i pokrewnych – wpisać adresy odbywania stażu	
11..	W przypadku braku możliwości sprawowania opieki przez opiekuna z powodu np. L-4, urlopu, opieka zostanie powierzona: imię i nazwisko, stanowisko:	
12.	Inne informacje:	

III. Deklaracja zatrudnienia po stażu;

Deklaruję zatrudnienie po zakończeniu stażu*: **TAK** / **NIE** ; dla osób(y) -wpisać liczbę os.,

- okres zatrudnienia (podać miesiące/lata):; wynagrodzenie brutto za 1 m-c/
- w zawodzie/ na stanowisku:
- rodzaj umowy (zaznaczyć): o pracę / zlecenia / o dzieło / inny (wpisać)
- wymiar czasu pracy (zaznaczyć): pełny / pół etatu / inny (wskazać)
- zmianowość (właściwe zaznaczyć): I zmiana / II zmiany / III zmiany / inna:
- dni pracy (wskazać dni tygodnia); godz. pracy:
- miejsce wykonywania pracy, adres
- zakres wykonywanej pracy: przyjmuje się, iż zakres zadań pokrywa się z zadaniami na stażu.

IV. PROGRAM STAŻU

a) Kod zawodu..... Nazwa zawodu.....

{Nazwę zawodu lub specjalności i kod zawodu **NALEŻY** wpisać w oparciu o obowiązującą Klasyfikację zawodów i specjalności wprowadzoną Rozporządzeniem MPiPS z dnia 07 sierpnia 2014 r. (t.j. Dz. U. 2018 poz. 227), dostępną na www.psz.praca.gov.pl)

b) Nazwa stanowiska pracy.....
.....

c) Opiekun osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu (imię i nazwisko, stanowisko służbowe).....

.....sprawuje obecnie opiekę nad..... stażystami.

{Jako Opiekuna stażysty należy wskazać - Organizatora stażu lub pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy co najmniej na okres trwania stażu}.

d) Dni i godziny odbywania stażu:.....

e) PROGRAM STAŻU – nauka wskazanych niżej zadań

Zadania zawodowe jakie będzie wykonywała osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu (podać czynności, zadania które będą wykonywane przez osobę na stażu oraz wskazać obsługiwane maszyny, urządzenia, programy komputerowe itp.)

--	--

Rodzaj umiejętności zawodowych lub kwalifikacji jakie nabędzie osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu po zrealizowaniu Programu stażu.	
Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych.	Opinia wystawiona przez Organizatora po zrealizowaniu programu stażu, zawierająca informację o zadaniach realizowanych przez osobę niepełnosprawna poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu i umiejętnościach praktycznych lub kwalifikacji pozyskanych w trakcie stażu.

V. Oświadczenia Organizatora stażu. Oświadczam iż:

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku w części I, II, III, IV oraz dołączonych załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
2. (zalegam / nie zalegam – wpisać odpowiedź) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i opłacaniem podatków dotyczących zatrudnionych pracowników oraz innych danin publicznych.
3.(posiadam / nie posiadam – wpisać odpowiedź) w dniu złożenia wniosku nieuregulowane(ych) w terminie zobowiązania(ń) cywilnoprawne(ych).
4. (toczy się / nie toczy się – wpisać odpowiedź) w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i (został/nie został) zgłoszony wniosek o likwidację.
5. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku zostałem(am) ukarany/a lub skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jestem objęty/a postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy TAK* / NIE*
6. Pod adresem wskazanym w cz. II pkt 10 wniosku, jako miejsce odbywania stażu (są spełnione/ nie są spełnione – wpisać odpowiedź) warunki pracy dla danego stanowiska,
7. Zorganizowanie stażu dla skierowanej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu spowoduje zmniejszenie zatrudnienia; TAK* / NIE*
8. (jestem / nie jestem – wpisać odpowiedź) współmałżonkiem lub innym członkiem rodziny w pierwszym stopniu pokrewieństwa (rodzicem/ dzieckiem) ze wskazaną we wniosku (cz. II pkt 5) osobą niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu.
9. Realizacja Programu stażu umożliwi osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie zadań na wskazanym stanowisku po zakończonym stażu; zorganizuję staż w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 ze zm.) oraz Rozporządzenia MPiPS z dnia 20.08.2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160); zapoznałem/am się i przyjmuję warunki organizacji stażu określone w projekcie umowy o zorganizowanie stażu, dostępnym na stronie internetowej urzędu www.luban.praca.gov.pl w MENU Urząd, Dokumenty do pobrania – PFRON/Staże.
10. Potwierdzeniem nabytych w trakcie stażu kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu będzie wystawiona przeze mnie Opinia po zrealizowanym stażu, zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.
11. **Jest mi wiadomym**, że wniosek zostanie rozpatrzony negatywnie, jeżeli wniosek lub przedłożone dokumenty są niekompletne lub nieprawidłowo wypełnione.
12. **Jest mi wiadomym**, że deklarowane zatrudnienie skierowanej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu lub powierzenie mu innej pracy zarobkowej po zakończonym stażu winno nastąpić nie później jednak niż w okresie do 1 miesiąca po zakończeniu stażu. **Jest mi wiadomym, iż niewywiązanie się z zatrudnienia osoby niepełnosprawnej po zakończeniu stażu – w przypadku złożenia deklaracji zatrudnienia jej po stażu, może spowodować obciążenie mnie przez Urząd karą umowną do wysokości 50% wypłaconych stażyście stypendiów oraz składek na ubezpieczenie społeczne.**

Oświadczenie zawarte we wniosku i w dokumentach dołączonych do wniosku składam(y) pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 270 § 1 i art. 286 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny, który stanowi:

- 1) Art. 270 § 1 „Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5;
- 2) Art. 286 § 1 „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsięwziętego działania podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

data.....,

.....
(pieczęcie i podpis(y) Organizatora lub osób upoważnionych do reprezentacji)

*właściwe pole zaznaczyć