........................................... ................................., dnia.............................

 ***POWIATOWY URZĄD PRACY***

 ***W STRZELCACH KRAJEŃSKICH***

**WNIOSEK**

**O ORGANIZACJĘ PRAC SPOLECZNIE UŻYTECZNYCH**

**na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych w celu wsparcia ich w realizacji codziennych obowiązków domowych**

Na zasadach określonych w art. 2 ust. 1 pkt 23 a, art. 73 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz.1100
z późn. zm.) oraz 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) po uwzględnieniu przez Starostę Rocznego planu potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na rok ............., wnioskuję o refundowanie ze środków Funduszu Pracy świadczeń pieniężnych wypłaconych osobom uprawnionym wykonującym w okresie
od ......................... do ............................... na terenie .............................................................. prace społecznie użyteczne.

1. **PODSTAWOWE INFORMACJE O ORGANIZATORZE:**
2. Pełna nazwa organizatora prac społecznie użytecznych:..............................................................

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

1. Adres siedziby organizatora prac społecznie użytecznych:..........................................................

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

1. Numer telefonu.................................... faxu.................................. e-mail.....................................
2. Imię, nazwisko, stanowisko osoby uprawnionej do zawarcia porozumienia...............................

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

1. Imię, nazwisko, stanowisko oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji
w sprawie złożonego wniosku:.....................................................................................................

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

1. Numer REGON:............................................................................................................................
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP:...........................................................................................
3. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności..................................................................
4. Rodzaj przeważającej działalności według PKD:........................................................................
5. Numer konta bankowego:..............................................................................................................
6. **INFORMACJA O PLANOWANYM PRZYJĘCIU OSÓB UPRAWNIONYCH
W RAMACH PRAC SPOŁECZNIE UZYTECZNYCH:**
7. Liczba miejsc ogółem:...................................................................................................................
8. Liczba osób uprawnionych, które zostaną skierowane do wykonywania prac społecznie użytecznych...................................................................................................................................
9. Wnioskowany okres wykonywania prac: od.................................. do .........................................
10. Ogółem liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych:.............................................
11. Liczba godzin w miesiącu do przepracowania przez jedną osobę uprawnioną\*).........................
12. Zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych w ramach prac społecznie użytecznych, 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:.................

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

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

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

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

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

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

1. Podmioty, w których będą organizowane prace społecznie użyteczne:
2. ................................................................................................................................................
3. ................................................................................................................................................
4. ................................................................................................................................................
5. ................................................................................................................................................
6. Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych: .................................................................

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

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

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

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

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

1. Wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych......................................................................., \*\*)

*\*) osoba uprawniona może zostać skierowana do wykonywania prac społecznie użytecznych
w wymiarze do 10 godzin w tygodniu.*

*\*\*) wg stanu prawnego na dzień 01.01.2022 r. minimalne świadczenie to 9,00/godz.-
od 01.06.2022 r. może ulec waloryzacji*

1. Łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym wnioskiem przewidziana do wypłaty osobom uprawnionym:.................................................................................................................
2. Wysokość refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym wnioskiem: ( do 100 % minimalnej kwoty świadczeń przysługujących osobom uprawnionym).........................................................

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Strzelcach Krajeńskich z siedzibą przy Alei Wolności 39, 66-500 Strzelce Krajeńskie. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego Rozporządzenia
o Ochronie Danych Osobowych – RODO w związku z art. 73 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Pełna treść informacji w zakresie przetwarzania Pana/i danych osobowych znajduje się na stronie internetowej <http://bip.pup.strzelcek.pl/> oraz w siedzibie Administratora.

1. **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

Oświadczam, że:

1. Nie posiadamy zadłużenia z tytułu płatności na rzecz ZUS
2. Nie posiadamy zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.

*Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 §1 Kodeksu karnego, oświadczam, że informacje zawarte
w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.*

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

 ( Data i miejscowość) ( Podpis i pieczęć imienna wnioskodawcy)

***Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:***

1. Kserokopia zaświadczenia potwierdzającego status prawny wnioskodawcy potwierdzona
za zgodność z oryginałem.
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego numer REGON potwierdzona za zgodność
z oryginałem.
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego numer NIP potwierdzona za zgodność z oryginałem.
4. Krajowa oferta pracy.