

.....
(Pieczęć firmowa Organizatora)

.....
(miejscowość, data)

STAROSTA MIŃSKI
za pośrednictwem
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
w Mińsku Mazowieckim

W N I O S E K

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osób niepełnosprawnych
zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mińsku Mazowieckim
jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu**

Zgodnie z art. 11 ust. 1 i ust. 2 pkt. 2, ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.) w związku z art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160) wnioskuję o zorganizowanie stażu dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych jako poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu zwanych dalej „osobami niepełnosprawnymi”:

I. Dane Organizatora:

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko:.....

.....

2. Adres siedziby:

3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:

4. Osoba upoważniona do reprezentowania Organizatora (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, adres e-mail oraz telefon kontaktowy Organizatora lub osoby uprawnionej do reprezentowania zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru lub upoważnieniem/pełnomocnictwem):.....

.....

5. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, adres e-mail oraz telefon kontaktowy - jeśli jest inna niż powyżej):

.....

6. Numer REGON i PKD.....

7. Numer NIP.....

8. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności (zaznaczyć właściwe):

☐ spółka (rodzaj).....

☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

☐ jednostka samorządu terytorialnego

- ☐ jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego
- ☐ stowarzyszenie
- ☐ fundacja
- ☐ inna (podać jaka).....

9.Data rozpoczęcia prowadzenia działalności

10. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:.....

II. Dane dotyczące organizowanych miejsc stażu:

1. Wnioskuje o zorganizowaniemiejsc pracy, na których osoby niepełnosprawne będą odbywać staż w zawodach*:

1) Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności

Ilość miejsc.....

Nazwa komórki organizacyjnej.....

Nazwa stanowiska

Opis i zakres zadań zawodowych.....

.....

Kwalifikacje minimalne do podjęcia stażu:

- poziom wykształcenia.....

- kierunek/specjalność.....

- uprawnienia/umiejętności (np. obsługa komputera, prawo jazdy, itp.)

.....

Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne.....

.....

2) Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności

Ilość miejsc.....

Nazwa komórki organizacyjnej.....

Nazwa stanowiska

Opis i zakres zadań zawodowych.....

.....

Kwalifikacje minimalne do podjęcia stażu:

poziom wykształcenia.....

- kierunek/specjalność.....

- uprawnienia/umiejętności (np. obsługa komputera, prawo jazdy, itp.)

.....

Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne.....

.....

*U Organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie osoby niepełnosprawne 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, staż może odbywać jednocześnie jedna osoba niepełnosprawna. PUP zastrzega sobie prawo do zmniejszenia liczby stażystów wskazanej we wniosku o zorganizowanie stażu.

2. Proponowany kandydat/kandydaci do odbycia stażu (imię, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania):

- 1)
2)

W przypadku niewskazania kandydatów, PUP skieruje do odbycia stażu kandydatów spełniających wymagania wymienione we wniosku.

3. W przypadku niespełniania przez wskazanego/ych kandydata/ów kryteriów do skierowania na staż Organizator jest zainteresowany organizacją stażu dla innej osoby niepełnosprawnej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy (właściwe zaznaczyć): ☐ tak ☐ nie

4. Proponowany termin odbywania stażu od..... do

5. Miejsce odbywania stażu

6. Godziny odbywania stażu (od – do):.....

Osoba niepełnosprawna nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej, ani w godzinach nadliczbowych. Czas pracy osoby niepełnosprawnej nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.

7. Miejsce zgłoszenia się na rozmowę kwalifikacyjną kandydatów do odbycia stażu (właściwe zaznaczyć):

- ☐ siedziba Organizatora stażu,
☐ miejsce prowadzenia działalności gospodarczej przez Organizatora stażu zgodne z wpisem do odpowiedniego rejestru.

8. Badania lekarza medycyny pracy stwierdzające zdolność wybranego kandydata/kandydatów do odbywania stażu na stanowisku.....

(właściwe zaznaczyć):

- ☐ Wnioskuję o skierowanie wybranego kandydata/kandydatów przez PUP na badania lekarskie,
☐ Skieruję wybranego kandydata/kandydatów na badania lekarskie we własnym zakresie i sfinansuję koszt badań.

9. Czynniki szkodliwe bądź uciążliwe na stanowisku/ach odbywania stażu.....
.....

10. Opiekun osoby niepełnosprawnej odbywającego staż: (imię i nazwisko, stanowisko służbowe, adres e-mail oraz telefon):.....
.....

Opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami niepełnosprawnymi odbywającymi staż.

III. Współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy w Mińsku Mazowieckim w roku bieżącym oraz w ostatnich 2 latach kalendarzowych poprzedzających dzień złożenia wniosku:

Formy aktywizacji	Liczba zorganizowanych miejsc pracy	W jakim okresie? (rok)	Liczba zatrudnionych osób po wygaśnięciu umowy
Prace interwencyjne			
Roboty publiczne			
Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy			
Dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia			
Stáže zawodowe			
Inne (jakie?)			

Uwagi (dot. współpracy z innym PUP, wywiązanie się z umów) :

.....

.....

(czytelny podpis Organizatora lub osoby upoważnionej)

Załączniki do wniosku:

1. Oświadczenie Organizatora.
2. Program stażu.
3. Dokument potwierdzający uprawnienie osoby do reprezentowania Organizatora np. uwierzytelnione pełnomocnictwo, pełnomocnictwo notarialne, upoważnienie, umowę spółki cywilnej wraz z aneksami, aktualny statut organizacji pozarządowej itp. (nie dotyczy osób uprawnionych do reprezentowania Organizatora zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru).
4. Aktualna decyzja w sprawie wymiaru podatku rolnego, leśnego, od nieruchomości– w przypadku osoby fizycznej, zamieszkującej i prowadzącej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej.
5. Oświadczenie Wnioskodawcy o braku powiązań z osobami i podmiotami bezpośrednio lub pośrednio wspierającymi agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

W uzasadnionych przypadkach starosta może wymagać dostarczenia dodatkowych informacji lub dokumentów.

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA

1. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
2. **Prowadzę / nie prowadzę*** w posiadanym gospodarstwie rolnym osobiście i na własny rachunek działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej.
3. **Prowadzę / nie prowadzę*** osobiście i na własny rachunek dział specjalny produkcji rolnej.
4. **Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim informacji mogących zawierać dane osobowe, wymienionych w Dziale I pkt.4 i 5, oraz w Dziale II pkt 2 i 10 zgodnie z przepisami 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) RODO dla celów realizacji procedury związanej ze złożonym wnioskiem o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu oraz zawarciem i realizacją umowy.
5. Dane osobowe dotyczące:
 - osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora stażu,
 - osoby wskazanej do kontaktu w sprawie złożonego wniosku,
 - opiekuna/opiekunów osoby niepełnosprawnej/osób niepełnosprawnych,
 - wskazanego kandydata/wskazanych kandydatów do odbycia stażu,zostały podane w ramach tego wniosku za zgodą tych osób, w celu realizacji wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej oraz zawarcia i realizacji umowy;
6. Zostałem/am poinformowany/na, że zgodnie z art. 59b ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wykazy pracodawców, z którymi zawarto umowy o zorganizowanie stażu podawane są do wiadomości publicznej przez powiatowy urząd pracy przez wywieszenie ich na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu na okres 30 dni.
7. Zobowiązuję się do zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP oraz przepisów przeciwpożarowych skierowanej osoby niepełnosprawnej niezwłocznie po rozpoczęciu stażu.
8. **Po zakończeniu stażu zatrudnię/ nie zatrudnię***..... osobę/y niepełnosprawną/e na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres nie krótszy niż 2 miesiące.

Potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność informacji i oświadczeń zawartych we wniosku i załączonych do niego dokumentach.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Organizatora lub osoby upoważnionej)

* niepotrzebne skreślić

.....
(Pieczęć firmowa Organizatora)

PROGRAM STAŻU

Sporządzony w dniu: 2023 r.

Nazwa zawodu lub specjalności:

Okres stażu / miesiące – etapy realizacji zadań	Zakres zadań wykonywanych przez osobę niepełnosprawną

Opiekun osoby niepełnosprawnej objętej programem stażu:.....

Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

Sposobem potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych będzie:

- Zaświadczenie wydane przez Starostę na podstawie : „Sprawozdanie z przebiegu stażu” sporządzonego przez osobę niepełnosprawną oraz „Opinii” wydanej przez Organizatora po zakończeniu stażu zawierającej informacje o zadaniach realizowanych przez osobę niepełnosprawną i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.”

-.....

Rodzaj uzyskanych podczas odbywania stażu kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

- nabycie praktycznego doświadczenia zawodowego umożliwiającego samodzielne wykonywanie pracy w ww. zawodzie,

-

Akceptuję:

.....
(czytelny podpis Organizatora lub osoby upoważnionej)

.....
(podpis i pieczęć Starosty)