…………………………………

/Miejscowość, data/

…………………………………………

/Pieczęć firmowa wnioskodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Bartoszycach**

**WNIOSEK   
W SPRAWIE ORGANIZACJI PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

**NA RZECZ OPIEKUNÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**1**. Działając na podstawie przepisów:

* 1. art. 73 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy *(Dz. U. z 2023 poz. 735 z późn. zm.)*
  2. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych *(Dz. U. z 2017 poz. 2447),*

orazuwzględniając gminny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na okres ……………………miesiąca/cy wnoszę o refundowanie ze środków Funduszu Pracy kwotę świadczeń pieniężnych wypłaconych osobom uprawnionym za okres od …………………… do………………………. na terenie ………………………………………………………………………………………………………… , prace społecznie użyteczne zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |
| --- | --- |
| Ogółem liczba kierowanych osób uprawnionych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych **:** |  |
| W tym:  a) osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej |  |
| b) kontrakcie socjalnym |  |
| c) indywidualnym programie usamodzielnienia |  |
| d) lokalnym programie pomocy społecznej |  |
| e) indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego |  |
| Ogółem liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych : |  |
| Liczba godzin w miesiącu do przepracowania przez 1 osobę uprawnioną: |  |
| Zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych  a)  b)  c)  d)  e)  Stanowisko: ……………………………………………………….  Kod zawodu: ……………………………………………………… | |
| 1. Podmiotem, w którym organizowane są prace społecznie użyteczne jest *(nazwa, adres i siedziba):*  ………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………. , ………………………………………………….,  *(TELEFON) (REGON)*  ………………………………………………. , ………………………………………………….,  *(NIP)) (KLASA PODSTAWOWEJ DZIAŁALNOŚCI WG PKD)*    2. Osoby odpowiedzialne *(imię, nazwisko, stanowisko służbowe, nr telefonu)* :  a)...............................................................................................................................................................................  b).............................................................................................................................................................................. | |
| Osoba upoważniona do podpisywania porozumienia:  …………………………………………………………………………………………………………………….  *(Imię, nazwisko,stanowisko/funkcja)*  *TEEFON:…………………………………………………* | |
| Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych: – (wskazać) | |
| Wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych  za w/w rodzaj prac : ……………………………………………………………………………………………… | |
| Łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym wnioskiem przewidziana do wypłaty osobom uprawnionym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych **:**  ……………………………………………….. | |
| Wysokość refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym wnioskiem **( max. 100 % )** : ……………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Nazwa banku i numer konta bankowego, na który przekazywane będą refundacje z Funduszu Pracy :  ……………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………….. | |

Podpis wnioskodawcy …..……………………………

**2.** Gmina lub podmiot, w którym są organizowane prace społecznie użyteczne zobowiązują się do:

1. przyjęcia oraz zaznajomienia skierowanych osób uprawnionych z rodzajem przydzielonych prac, miejscem ich wykonywania oraz zaznajomienie z warunkami bhp,
2. poinformowaniu uprawnionych o konieczności przestrzegania ustalonego w miejscu wykonywania prac społecznie użytecznych porządku i dyscypliny,
3. uwzględnienia przy przydziale prac społecznie użytecznych wieku osoby uprawnionej, jej zdolności do wykonywania tych prac oraz, w miarę możliwości, posiadanych kwalifikacji,
4. zagwarantowania bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, oraz przestrzeganie przepisów prawa pracy dotyczących wykonywania przez kobiety prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia, w tym: zapewnienia odzieży i obuwia roboczego, napojów i posiłków profilaktycznych w tych rodzajach prac, które są identyczne do wykonywanych przez pracowników gminy lub podmiotu, w którym są organizowane prace społecznie użyteczne,
5. prowadzenia ewidencji wykonanych przez osoby uprawnione prac społecznie użytecznych oraz naliczania wysokości świadczenia przy uwzględnieniu rodzaju i efektów wykonywanej pracy i faktycznego czasu (z korektą o godziny nieobecności udokumentowanej),
6. wypłacania świadczenia pieniężnego za wykonane prace społecznie użyteczne w okresach miesięcznych z dołu,
7. niezwłoczne powiadamianie starosty ( dyrektora powiatowego urzędu pracy) i właściwego kierownika ośrodka pomocy społecznej w przypadku, gdy osoba uprawniona:

- nie zgłosi się do wykonywania prac społecznie użytecznych,

- nie podejmie przydzielonej jej pracy społecznie użytecznej,

- opuści miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych,

- naruszy porządek i dyscyplinę w miejscu wykonywania prac społecznie użytecznych;

1. złożenia wniosku o refundację z Funduszu Pracy kwoty wypłaconych osobom uprawnionym świadczeń za wykonane prace społecznie użyteczne wraz z załącznikami;

- kopia imiennej listy wypłat z wysokością wypłaconych świadczeń,

- lista obecności lub karta pracy ze wskazaniem ilości godzin przepracowanych w poszczególnych

dniach,

- kopia zwolnienia lekarskie

1. przestrzegania **tygodniowej normy 10 godzin** czasu pracy dla wykonujących prace społecznie użyteczne.

…………………………… …………………………………….

/ Miejscowość i data / /Pieczątka i podpis wnioskodawcy/

**Załącznik do wniosku:**

1. Roczny plan w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych.

**3. OŚWIADCZENIE WOLI WNIOSKODAWCY:**

**Oświadczam, że**:

Zapoznałem (am) się z treścią rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r . w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017 poz. 2447).

……………………………………………….

/Pieczątka i podpis wnioskodawcy/

**Oświadczam, że :**

Dane zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania wniosku.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

................................................... ……………………………………. ….

Data i miejscowość / Pieczątka i podpis wnioskodawcy/

* **Wniosek wypełniony nieprawidłowo i nieczytelnie, bez wymaganych załączników nie będzie rozpatrywany.**
* **W terminie do 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku do PUP, Urząd powiadamia gminę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji.**
* **Wnioski są rozpatrywane w oparciu o obowiązujące przepisy**

**Uwaga:**

**1.** Czas obowiązywania porozumienia w sprawie organizacji prac społecznie użytecznych powinien być nie dłuższy niż 12 miesięcy na

jakie opracowany został gminny plan potrzeb oraz nie krótszy niż 1 miesiąc.

**2. Osoba uprawniona to:**

- osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej.

lub uczestnicząca:

- w kontrakcie socjalnym,

- indywidualnym programie usamodzielnienia,

- lokalnym programie pomocy społecznej

- w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego,

jeżeli podjęły uczestnictwo w tych formach w wyniku skierowania powiatowego urzędu pracy na podstawie art.50 ust.2 ustawy z dnia

20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

**3.** Osobie uprawnionej przysługuje świadczenie w wysokości **nie niższej niż** **10,90 zł.** za każdą godzinę wykonywania prac społecznie

użytecznych *( kwota podlega waloryzacji 1 czerwca każdego roku kalendarzowego).*

**4.** **Starosta refunduje** gminie ze środków Funduszu Pracy **do**  **100%** minimalnej kwoty świadczenia przysługującego uprawnionemu

skierowanemu do wykonywania prac społecznie użytecznych związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz

opiekunów osób niepełnosprawnych.

**5. Opiekunie osoby niepełnosprawnej -** oznacza to członków rodziny, w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r.

wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” *(Dz. U. Poz. 1860),* opiekujących się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności

łącznie ze wskazaniami **:**

- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej

egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji

- lub osoba niepełnosprawna ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

**6.** W zakresie **codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych** należy ująć w szczególności prace

o charakterze pomocniczym, z wyłączeniem prac związanych z bezpośredni opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności

pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków.