Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy



Data wpływu: Nr sprawy:

**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:** | □ spółka z o.o. □ spółka akcyjna □ spółka jawna □ spółka komandytowa □ spółka cywilna □ przedsiębiorstwo prywatne osoby fizycznej □ instytucja państwowa □ fundacja □ stowarzyszenie □ spółdzielnia □ inna: |
| **Rodzaj działalności:** |  |
| **Data rozpoczęcia działalności:** |  |
| **Podstawowy rodzaj działalności według EKD/PKD:** |  |
| **Forma własności:** | □ prywatna □ publiczna |
| **Forma kontaktu kandydata z organizatorem:** | □ osobisty □ telefoniczny □ inny (np. CV przesłać pocztą) |
| ***Dane osoby składającej wniosek*** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

1 Staż nie może być krótszy niż 3 miesiące i powinien trwać do 6 miesięcy (w przypadku osób do 30 roku życia może trwać do 12 miesięcy).

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

|  |
| --- |
| *Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy* |
| Imię i nazwisko | Funkcja |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| *Adres* |
| Nazwa pola | Wartość |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Email: |  |
| Rodzaj miejscowości: | □ miasto □ 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: |  |

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowany okres odbywania stażu1:** |  |
| **Od dnia:** |  |
| **Do dnia:** |  |
| **Wnioskuję o:** | □ zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na okres od 3 do 6 miesięcy □ zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu do 30 roku życia na okres od 3 do 12 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:** | □ brak deklaracji zatrudnienia □ 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** |  |

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

|  |  |
| --- | --- |
| **zdrowotne:** |  |
| **Pożądane (minimalne) kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:** |  |
| **Proponowany okres odbywania stażu2:** |  |
| **Od dnia:** |  |
| **Do dnia:** |  |
| **Wnioskuję o:** | □ zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na okres od 3 do 6 miesięcy □ zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu do 30 roku życia na okres od 3 do 12 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:** | □ brak deklaracji zatrudnienia □ zatrudnienie na czas określony min. 3 miesięcy |
| *KANDYDACI* |
| Imię i nazwisko | PESEL lub numer dokumentu potwierdzającego pobyt cudzoziemca | Data urodzenia | Nr telefonu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

|  |
| --- |
| 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:** |  |
| **Wnioskuję o:** | □ zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na okres od 3 do 6 miesięcy □ zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu do 30 roku życia na okres od 3 do 12 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:** | □ brak deklaracji zatrudnienia □ zatrudnienie na czas określony min. 3 miesięcy |

*KANDYDACI*

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

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

|  |
| --- |
| 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 zawodowego | Liczba osób, które są zatrudnione do dnia dzisiejszego po zakończonym okresie subsydiowanego zatrudnienia, stażu, przygotowania zawodowego lub przygotowania zawodowego dorosłych |
| Prace interwencyjne |  |  |  |  |
| Staże |  |  |  |  |
| 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:** |  |

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

|  |
| --- |
| *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: |  |

Wniosek

Rehabilitacja zawodowa - Staż dla poszukujących pracy

**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. Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku
pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie
zawodowe dorosłych.

O zobowiązaniach Organizatora stażu zawartych w ROZPORZĄDZENIU MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U.09.142.1160 z późn. zm.) par. 6 ust 1.



*Podpis i pieczęć Organizatora*

(pieczątka firmowa Organizatora)