

.....  
/pieczęć firmowa Wnioskodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Tomaszowie Mazowieckim**

**WNIOSEK  
O ZORGANIZOWANIE STAŻU  
DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH POSZUKUJĄCYCH PRACY  
NIEPOZOSTAJĄCYCH W ZATRUDNIENIU**

na zasadach określonych w art. 53 ust. 1, 2, art.108 ust. 1 pkt 17, 18 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U Nr 142 poz. 1160) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2018 roku, poz. 511 ze zm.).

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**

1. Pełna nazwa i adres siedziby .....  
.....  
miejsce prowadzenia działalności gospodarczej.....  
telefon..... fax..... e-mail.....

2. Miejsce zamieszkania i adres (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą).....

2. Forma prawna .....  
rodzaj prowadzonej działalności.....  
.....,data rozpoczęcia działalności.....  
NIP ..... , REGON ..... , PKD .....

3. Imię i nazwisko , stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora  
.....

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU**

1. Zgłaszam możliwość zorganizowania stażu dla ..... osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu zarejestrowanych w Urzędzie Pracy.

| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Adres zamieszkania |
|-----|-----------------|----------------|--------------------|
|     |                 |                |                    |
|     |                 |                |                    |

2. Proponowany okres odbywania stażu ..... ..miesiący.

3. Miejsce odbywania stażu .....

4. Wymagany poziom wykształcenia.....

- kwalifikacje .....
- predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne.....

5. Skierowane przez urząd pracy osoby niepełnosprawne będą odbywać staż w zawodzie / na stanowisku / .....

6. Staż będzie realizowany w systemie pracy zmianowej: Tak / Nie (niepotrzebne skreślić)

7. Opiekun osoby niepełnosprawnej\*.....

.....  
( imię i nazwisko, stanowisko oraz numer telefonu)

### **III. ZOBOWIĄZANIA ORGANIZATORA STAŻU**

1. Zadania wykonywane podczas stażu w tym nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności oraz stanowiska pracy określone są w programie stażu.
2. Zobowiązuję się do zatrudnienia po zakończeniu stażu :
  - a/. ..... osób , o których mowa we wniosku **na czas nieokreślony**,
  - b/. ..... osób, o których mowa we wniosku **na czas określony** minimum 3 m-cy
3. Oświadczam, że w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku zatrudnienie u Organizatora przedstawia się następująco:

| Lp. | miesiąc, rok | liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** |
|-----|--------------|---|
| 1   |              |   |
| 2   |              |   |
| 3   |              |   |
| 4   |              |   |
| 5   |              |   |
| 6   |              |   |

4. Liczba pracowników w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.....\*\*
5. Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku w trakcie realizacji są poniżej wymienione umowy o zorganizowanie stażu.

| L.p. | Numer Umowy | Okres trwania umowy | Ilość osób |
|------|-------------|---------------------|------------|
|      |             |                     |            |
|      |             |                     |            |

6. Oświadczam, że przez okres 6 miesięcy przed złożeniem wniosku działalność prowadzona była nieprzerwalnie ( do okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresów zawieszenia).

**Wnioski niekompletne oraz wypełnione nieczytelnie nie będą przez PUP rozpatrywane.**

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku wraz z załącznikami są zgodne z prawdą.

.....  
/ podpis i pieczęć Organizatora /

#### **Załączniki :**

- 1/. Program stażu 2 egzemplarze,
- 2/. Oświadczenie o niezaleganiu w opłaceniu składek za pracowników oraz należności podatkowych,
- 3/. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy (wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej, odpis KRUS, umowa spółki cywilnej, statut instytucji publicznej)
- 4/. Kopia deklaracji wpłat na PFRON z ostatniego miesiąca obowiązku dokonania wpłaty lub oświadczenie o zwolnieniu z dokonywania wpłat na PFRON.

\* opiekun osoby niepełnosprawnej może sprawować jednocześnie opiekę max. nad trzema osobami odbywającymi staż.

\*\* w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy – nie wlicza się pracowników na urloпах macierzyńskich i wychowawczych, na urloпах bezpłatnych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów) a także umów cywilnoprawnych.

# Program Stażu

sporządzony przez

.....  
zwany dalej „Organizatorem” , reprezentowany przez:

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/stanowisko/

## **Proponowany opiekun stażu :**

.....  
/ imię i nazwisko /

.....  
/stanowisko/

**Nazwa zawodu, specjalności lub stanowiska zgodna z klasyfikacją zawodów  
i specjalności.....**

**Komórka organizacyjna.....**

| <b>Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu</b> | <b>Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób ich potwierdzenia</b> |
|---|--|
|   |  |

**Okres odbywania stażu od dnia..... do dnia.....**

Strony zgodnie oświadczają, że realizacja w/w programu stażu umożliwi osobom niepełnosprawnym poszukującym pracy niepozostającym w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

.....  
/podpis i pieczęć Organizatora/

.....  
/akceptacja doradcy zawodowego PUP/

.....  
/akceptacja Dyrektora PUP/

# Program Stażu

sporządzony przez

.....  
zwany dalej „Organizatorem” , reprezentowany przez:

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/stanowisko/

## **Proponowany opiekun stażu :**

.....  
/ imię i nazwisko /

.....  
/stanowisko/

**Nazwa zawodu, specjalności lub stanowiska zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności.....**

**Komórka organizacyjna.....**

| <b>Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu</b> | <b>Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób ich potwierdzenia</b> |
|---|--|
|   |  |

**Okres odbywania stażu od dnia..... do dnia.....**

Strony zgodnie oświadczają, że realizacja w/w programu stażu umożliwi osobom niepełnosprawnym poszukującym pracy niepozostającym w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

.....  
/podpis i pieczęć Organizatora/

.....  
/akceptacja doradcy zawodowego PUP/

.....  
/akceptacja Dyrektora PUP/

# OŚWIADCZENIE

## o niezaleganiu w opłacaniu składek za pracowników oraz należności podatkowych

.....  
nazwa Organizatora

.....  
adres

### Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku o odbywanie stażu:

- 1) **nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
- 2) **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie należności podatkowych i innych danin publicznych;
- 3) **nie toczy się/ toczy się\*** w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
- 4) **zobowiązany/niezobowiązany\*** jestem do opłacania składek na ubezpieczenie społeczne.

.....  
/data, podpis i pieczęć Organizatora /

\*- niepotrzebne skreślić

