**Wniosek**

**o zorganizowanie prac społecznie użytecznych**

na zasadach określonych w art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2024r. poz. 475 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017, poz. 2447)

### Podstawowe informacje o organizatorze:

1. Pełna nazwa organizatora prac społecznie użytecznych: …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………

1. Numer telefonu ……………………………..…. e-mail …………………………………………..
2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora prac społecznie

użytecznych ……………………………………………………………………………………….

1. Nr REGON ……………………………………. Nr PKD ………………………………………..
2. Nazwa banku i numer konta ………………………………………………………………………
3. **Informacja o planowanym przyjęciu osób uprawnionych w ramach prac społecznie użytecznych:**
4. Liczba osób uprawnionych proponowana do wykonywania prac społecznie użytecznych

……………………………………….

1. Przewidywane okresy wykonywania prac społecznie użytecznych:

od …………………….. do ……………….………….

od ………………….…. do …………………….…….

1. Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych ogółem…………………………………
2. Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych miesięcznie przez jedną osobę uprawnioną …………………………….
3. Rodzaj i miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych wraz z oznaczeniem podmiotów, w których będą organizowane te prace, a w przypadku prac społecznie użytecznych wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych w ramach tych prac :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj wykonywanych prac społecznie użytecznych | Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych | Podmiot, w którym będą organizowane prace społecznie użyteczne |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Wysokość świadczenia przysługującego osobie uprawnionej z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych (nie niższa niż 12,20 zł za godzinę): ……………………….
2. Wysokość refundowania przez starostę z Funduszu Pracy świadczeń przysługujących osobom uprawnionym z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych (do 100% minimalnej kwoty świadczenia przysługującego osobom skierowanym do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych oraz do 60 % pozostałym osobom skierowanym)…………………………………………..
3. Łączna kwota świadczeń w okresie objętym wnioskiem przewidziana do wypłaty osobom skierowanym:…………………, w tym wysokość refundacji z Funduszu Pracy…………………
4. **Oświadczenia wnioskodawcy**

Zobowiązuję się do informowania starosty i dyrektora powiatowego urzędu pracy o nieobecności lub odmowie wykonywania prac społecznie użytecznych przez skierowaną osobę uprawnioną.

## Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego, który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. Wiarygodność podanych we wniosku danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

 (miejscowość, data) (pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy)

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

Ośrodek Pomocy Społecznej miejscowość, data

**Lista osób uprawnionych, które mogą być skierowane do wykonywania prac społecznie użytecznych na terenie gminy, w tym osób wskazanych do wykonywania prac społecznie użytecznych związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L. p.  | Nazwisko i imiona  | Nr PESEL \* | Miejsce zamieszkania lub pobytu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 \*W przypadku gdy nie został nadany należy podać serię i numer paszportu lub nazwę i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

 ………………………………………………………………………………

 (pieczątka imienna i podpis kierownika ośrodka pomocy społecznej