**P O W I A T O W Y U R Z Ą D P R A C Y**



*(*

*wypełnia PUP*

*)*

**w Drawsku Pomorskim**

ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie;

Tel.: (94) 36 36 730, (94) 36 36 713

Centrala: (94) 36 325 19, (94) 36 320 86

|  |
| --- |
| **Sprawdzono pod względem formalno – merytorycznym** Opinia:  □ pozytywna □ negatywna ……………………………………………………  (data i podpis pracownika PUP) |
| **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Drawsku Pomorskim:**    **□** wyrażam zgodę □ nie wyrażam zgody  …………………………………………………… (data i podpis Dyrektora PUP) |

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

**ZGŁOSZENIE OFERTY PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

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

(pieczątka wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

**UWAGA:**

Należy dołożyć wszelkich starań, aby precyzyjnie wypełnić wniosek i odpowiedzieć na wszystkie pytania. Tylko wtedy będzie możliwa prawidłowa ocena planowanego przez Państwa przedsięwzięcia i pomoc w jego realizacji. Każdy punkt powinien być wypełniony w sposób czytelny. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. ***Skrót PUP oznacza Powiatowy Urząd Pracy w Drawsku Pomorskim***

**I. Dane dotyczące wnioskodawcy:**

1. Pełna nazwa wnioskodawcy ..............................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

1. Adres siedziby ...................................................................................................................................................................
2. NIP \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ REGON \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_
3. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ...............
4. Czy pracodawca jest agencją pracy tymczasowej? □ TAK □ NIE
5. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych ...................................................................................................................
6. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem pracy, nr telefonu, e – mail

...........................................................................................................................................................................................

1. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę ........................................................................................

**II. Dane dotyczące tworzonego miejsca pracy**

**1.** Liczba stanowisk ............................................... w tym dla niepełnosprawnych ..............................................................

**2.** Nazwa stanowiska .............................................................................................................................................................

**3.** Nazwa i kod zawodu (wg klasyfikacji zawodów i specjalności) .............................................................................................

**PSU**

**4.** Oczekiwania wobec kandydatów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Minimalne kwalifikacje kandydatów (umiejętności, uprawnienia, znajomość j. obcych)** | **Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne** | **Poziom i kierunek wykształcenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Uwzględniając gminny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na okres**

.............................................................................. [[1]](#footnote-1), **wnoszę o refundowanie ze środków Funduszu Pracy, wypłaconych dla osób bezrobotnych świadczeń pieniężnych z tytułu wykonywanych w okresie od**  ................................................ **do**  .................................................. **prac społecznie użytecznych, zgodnie z zestawieniem:**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba osób uprawnionych, które zostaną skierowane do wykonywania prac społecznie użytecznych w okresie objętym porozumieniem (ogółem) |  |
| **W tym:**  Liczba bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń pomocy społecznej |  |
| Liczba osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym |  |
| Liczba osób uczestniczących w indywidualnym programie usamodzielniania |  |
| Liczba osób uczestniczących w indywidualnym programie pomocy społecznej |  |
| Liczba osób uczestniczących w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego |  |
| Liczba miejsc wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  |
| Średnia liczba osób wykonujących pracę w miesiącu |  |
| Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych (ogółem) |  |
| Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych |  |
| Liczba godzin wykonywania prac przez 1 osobę uprawnioną (w miesiącu) |  |

1. **Rodzaj i charakterystyka wykonywanych prac i wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu**

**wykonywania prac społecznie użytecznych *(nie niższa niż 8,50 zł za godzinę, uwzględniające waloryzację)*:**

* 1. ........................................................................................................................................................................

liczba godzin ........................................................................... kwota .............................................................................

* 1. ........................................................................................................................................................................

liczba godzin ........................................................................... kwota .............................................................................

* 1. ........................................................................................................................................................................

liczba godzin ........................................................................... kwota .............................................................................

* 1. ........................................................................................................................................................................ liczba godzin ........................................................................... kwota .............................................................................

1. **Łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym porozumieniem, przewidziana do wypłaty osobom**

**uprawnionym (zł)** .........................................................................................................................................................

1. **Wysokość refundacji w Funduszu Pracy w okresie objętym porozumieniem (zł)**  .....................................................
2. **Dane podmiotów, w których organizowane będą prace społecznie użyteczne:**

1. Nazwa podmiotu

Adres siedziby .............................................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności ............................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem pracy, nr telefonu, e – mail

......................................................................................................................................................................................

**Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych**  ............................................................................................... PKD/EKD ...................................................................................................................................................................

Forma prowadzonej działalności □ publiczna □ prywatna

1. Nazwa podmiotu

Adres siedziby .............................................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności ............................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem pracy, nr telefonu, e – mail

......................................................................................................................................................................................

**Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych**  ............................................................................................... PKD/EKD ...................................................................................................................................................................

Forma prowadzonej działalności □ publiczna □ prywatna

1. Nazwa podmiotu

Adres siedziby .............................................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności ............................................................................................................................... ......................................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby wyznaczonej do kontaktu z urzędem pracy, nr telefonu, e – mail

......................................................................................................................................................................................

**Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych**  ............................................................................................... PKD/EKD ...................................................................................................................................................................

Forma prowadzonej działalności □ publiczna □ prywatna **VIII. Dane dotyczące oferty:**

1. □ Oferta zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy (**otwarta**)

*(dane pracodawcy udostępniane są każdej zainteresowanej osobie)*

□ Oferta niezawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (**zamknięta**) *(dane pracodawcy udostępniane są wyłącznie osobom spełniającym wymagania pracodawcy)*

1. Zasięg upowszechniania oferty pracy:

□ Powiat Drawski □ inny urząd pracy, jaki? ........................................................... □ terytorium państwo EOG

1. Okres aktualności oferty ....................................................................................................................................................
2. Zainteresowanie przyjęciem kandydata do pracy z państw EOG: □ TAK □ NIE
3. Forma realizacji oferty: □ skierowania □ giełda pracy □ targi pracy □ inna, jaka? ..........................................
4. Forma kontaktu kandydatów z pracodawcą, w godz. ........................................................................................................

□ kontakt osobisty □ kontakt telefoniczny □ e – mail □ inny ..................................................................... **7.** Wnioskowana liczba kandydatów spełniających oczekiwania ..........................................................................................

1. **Przewidywana liczba osób zatrudnionych po upływie okresu refundacji** ..................................................................

1. **Oświadczenie organizatora:** 
   1. W okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty **nie zostałem / zostałem\*** ukarany/skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy lub  **nie jestem / jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
   2. Niniejsza oferta **nie jest / jest\*** zgłoszona do innego urzędu pracy;
   3. **Zostałem poinformowany** o możliwości zmiany ustaleń w przypadku wystąpienia trudności związanych

z realizacją oferty;

* 1. **Nie wyrażam zgody / wyrażam zgodę\*** na pomoc doradcy zawodowego w doborze kandydatów do pracy w ramach zgłoszonej oferty pracy.
  2. Dane zawarte w niniejszym wniosku są aktualne i zgodne z prawdą.

1. **Organizator zobowiązuje się do:** 
   1. Przyjęcia oraz zapoznania osób uprawnionych, skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Drawsku Pomorskim, z rodzajem przydzielonych prac, miejscem ich wykonywania oraz zaznajomienia z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy;
   2. Zagwarantowania bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz przestrzegania przepisów prawa pracy dotyczących wykonywania przez kobiety prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia, w tym: zapewnienia odzieży i obuwia roboczego, napojów, posiłków profilaktycznych w tych rodzajach prac, które są identyczne do wykonywanych przez pracowników gminy lub podmiotu, w którym są organizowane prace społecznie użyteczne, uwzględniając wiek osoby uprawnionej, jej zdolność do wykonywania tych prac oraz , w miarę możliwości, posiadane kwalifikacje;
   3. Pouczenia osoby uprawnionej o konieczności przestrzegania, ustalonego w miejscu wykonywania prac społecznie użytecznych, porządku i dyscypliny;
   4. Prowadzenia ewidencji wykonanych prac społecznie użytecznych przez osoby uprawnione, oraz ustalania wysokości świadczenia, przy uwzględnieniu rodzaju i efektów wykonywanej pracy i faktycznego czasu pracy (z korektą o godziny nieobecności udokumentowanej);
   5. Wypłacania świadczenia pieniężnego za wykonywane prace społecznie użyteczne w okresie miesięcznym, z dołu;
   6. Niezwłocznego zawiadamiania Powiatowego Urzędu Pracy w Drawsku Pomorskim oraz Ośrodka Pomocy

Społecznej o:

* + - Niezgłoszeniu się osób uprawnionych do wykonywania prac społecznie użytecznych,
    - Niepodjęciu przez osoby uprawnione przydzielonych im prac społecznie użytecznych,
    - Opuszczeniu przez osoby uprawnione miejsca wykonywania prac społecznie użytecznych,
    - Naruszeniu przez osoby uprawnione porządku i dyscypliny 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 kopią imiennej listy wypłat oraz wysokością wypłaconych świadczeń;
  2. Przestrzegania tygodniowej normy 10 godzin czasu pracy dla wykonujących prace społecznie użyteczne.

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

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis wnioskodawcy)

………………………………………..

(nazwa lub pieczątka instytucji)

# Klauzula informacyjna

**dla osób Kontrahentów i Pracodawców, dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 zwane dalej RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana/ Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Drawsku Pomorskim (zwany dalej PUP) z siedzibą przy ul. Starogrodzkiej 9, 78-500 Drawsko Pomorskie, reprezentowany przez Dyrektora PUP. Dane kontaktowe: numer telefonu 94 363 25 19, 94 363 20 86, fax 94 363 27 34, adres email: sekretariat@ pupdrawsko.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod numerem telefonu 94 363 25 19, 94 363 20 86, 94 363 67 40, adres email: sekretariat@ pupdrawsko.pl, iod@pupdrawsko.pl.
3. PUP przetwarza Pani/Pana/Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit. c RODO, przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 ze zm.), ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 ze zm.) **w celu realizacji usług i instrumentów rynku pracy oraz aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych i poszukujących pracy, w tym pośrednictwa pracy w zatrudnieniu** oraz zawarcia i wykonania umowy na podstawie złożonego przez Panią/Pana/Państwa wniosku (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt 3, Pani/Pana/Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych, uprawnionych do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub, z którymi PUP zawarł umowy na dostawy oprogramowania i systemów informatycznych, na świadczenie usług lekarskich, pocztowych, bankowych, prawnych, ubezpieczeniowych.
5. Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa.
   1. przypadku zgłoszenia krajowej oferty pracy, umowy 5 lat/10 lat, a w ramach projektów unijnych zgodnie z warunkami umowy lub zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt, który określa szczegółowo okresy przechowywania dokumentacji oraz do czasu wycofania zgody na przetwarzanie danych.
6. W związku z przetwarzaniem przez PUP Pani/Pana/Państwa danych osobowych, przysługuje Pani/Panu/Państwu:
   * 1. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO;
     2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
     3. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO;
     4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO;
     5. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP Pani/Pana/Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO,

przysługuje Pani/Panu/Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. Dane osobowe przetwarzane przez PUP na podstawie RODO nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.
2. PUP nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego, ani organizacji międzynarodowej.
3. Podanie przez Panią/Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, warunkiem zawarcia umowy oraz dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji zadań dotyczących aktywizacji zawodowej wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 ze zm.), ustawy dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172 ze zm.).
   1. przypadku niepodania danych osobowych nie może nastąpić realizacja ww. zadań.

……………………… ……………………………………….

(data) (podpis osoby przyjmującej do wiadomości

niniejszą klauzulę informacyjną)

1. Czas obowiązywania *Porozumienia w sprawie organizacji prac społecznie użytecznych*, na jakie został opracowany gminny plan potrzeb, powinien być nie dłuższy niż 12 miesięcy i nie krótszy niż 1 miesiąc. [↑](#footnote-ref-1)