

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## 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:	<input type="checkbox"/> spółka z o.o. <input type="checkbox"/> spółka akcyjna <input type="checkbox"/> spółka jawna <input type="checkbox"/> spółka komandytowa <input type="checkbox"/> spółka cywilna <input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo prywatne osoby fizycznej <input type="checkbox"/> instytucja państwowa <input type="checkbox"/> fundacja <input type="checkbox"/> stowarzyszenie <input type="checkbox"/> spółdzielnia <input type="checkbox"/> inna:
Rodzaj działalności:	
Data rozpoczęcia działalności:	
Podstawowy rodzaj działalności według EKD/PKD:	
Forma własności:	<input type="checkbox"/> prywatna <input type="checkbox"/> publiczna
Forma kontaktu kandydata z organizatorem:	<input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> telefoniczny <input type="checkbox"/> inny (np. CV przesłać pocztą)

### Osoby uprawnione do reprezentacji wnioskodawcy

Imię i nazwisko	PESEL	Funkcja

### Adres

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Fax:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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:	
Proponowany okres odbywania stażu <sup>1</sup> :	
Od dnia:	
Do dnia:	
Wnioskuje o:	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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

<sup>1</sup> 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).

	niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu do 30 roku życia na okres od 3 do 12 miesięcy
<b>Nazwa zawodu lub specjalności:</b>	
<b>Nazwa komórki organizacyjnej:</b>	
<b>Opis i zakres zadań jakie będą wykonywane podczas stażu:</b>	
<b>Miejsce odbywania stażu:</b>	
<b>Imię i nazwisko opiekuna oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:</b>	
<b>Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:</b>	<input type="checkbox"/> brak deklaracji zatrudnienia <input type="checkbox"/> 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
<b>Nazwa stanowiska:</b>	
<b>Liczba miejsc:</b>	
<b>Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:</b>	
<b>Pożądane (minimalne) kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:</b>	
<b>Proponowany okres odbywania stażu<sup>2</sup>:</b>	
<b>Od dnia:</b>	
<b>Do dnia:</b>	

<sup>2</sup> 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).

<b>Wnioskuje o:</b>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
<b>Nazwa zawodu lub specjalności:</b>	
<b>Nazwa komórki organizacyjnej:</b>	
<b>Opis i zakres zadań jakie będą wykonywane podczas stażu:</b>	
<b>Miejsce odbywania stażu:</b>	
<b>Imię i nazwisko opiekuna oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:</b>	
<b>Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:</b>	<input type="checkbox"/> brak deklaracji zatrudnienia <input type="checkbox"/> 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
<b>Nazwa stanowiska:</b>	
<b>Liczba miejsc:</b>	
<b>Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:</b>	
<b>Pożądane (minimalne) kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:</b>	
<b>Proponowany okres odbywania stażu<sup>3</sup>:</b>	

<b>Od dnia:</b>	
<b>Do dnia:</b>	
<b>Wnioskuje o:</b>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
<b>Nazwa zawodu lub specjalności:</b>	
<b>Nazwa komórki organizacyjnej:</b>	
<b>Opis i zakres zadań jakie będą wykonywane podczas stażu:</b>	
<b>Miejsce odbywania stażu:</b>	
<b>Imię i nazwisko opiekuna oraz stanowisko opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:</b>	
<b>Organizator składa deklarację zatrudnienia po zakończonej umowie:</b>	<input type="checkbox"/> brak deklaracji zatrudnienia <input type="checkbox"/> zatrudnienie na czas określony min. 3 miesięcy

### KANDYDACI

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

### 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	Liczba osób, które są zatrudnione do dnia dzisiejszego po zakończonym okresie subsydiowanego zatrudnienia, stażu,

3 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).

			zawodowego	przygotowania zawodowego lub przygotowania zawodowego dorosłych
Prace interwencyjne				
Stáže				
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:	

### PROGRAM

Nazwa pola	Wartość
Sporządzony w dniu:	
Opiekun osoby objętej programem stażu:	
Zawód lub specjalność:	
Okres stażu (etapy realizacji zadań):	

<b>Zakres wykonywanych zadań:</b>	
<b>Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia:</b>	
<b>PROGRAM</b>	
<b>Nazwa pola</b>	<b>Wartość</b>
<b>Sporządzony w dniu:</b>	
<b>Opiekun osoby objętej programem stażu:</b>	
<b>Zawód lub specjalność:</b>	
<b>Okres stażu (etapy realizacji zadań):</b>	
<b>Zakres wykonywanych zadań:</b>	
<b>Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i sposób potwierdzenia ich nabycia:</b>	

## 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*

.....  
(pieczęć firmowa Organizatora)