

.....  
(pieczęć Organizatora)

.....  
(miejsowość, data)

**STAROSTA KOSZALIŃSKI**  
za pośrednictwem  
**Powiatowego Urzędu Pracy**  
**w Koszalinie**

**WNIOSEK**  
**W SPRAWIE ORGANIZOWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH**

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

**I. Dane dotyczące organizatora prac społecznie użytecznych:**

1. Nazwa organizatora prac społecznie użytecznych:.....  
.....

2. Adres siedziby organizatora prac społecznie użytecznych:.....  
.....

3. Numer telefonu.....e-mail.....

4. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania organizatora oraz nazwa pełnionej funkcji:.....

5. Imię i nazwisko, oraz telefon osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie organizacji prac społecznie użytecznych:.....

6. REGON..... NIP.....

7. Numer rachunku bankowego.....

## II. Dane dotyczące organizacji prac społecznie użytecznych:

1.	Okres wykonywania prac społecznie użytecznych	od.....do.....
2.	Ogółem liczba osób uprawnionych, które zostaną skierowane w okresie objętym porozumieniem do wykonywania prac społecznie użytecznych w tym:	
a)	liczba bezrobotnych bez prawa do zasiłku, korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej	
b)	liczba osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym*	
c)	liczba osób uczestniczących w indywidualnym programie usamodzielnienia*	
d)	liczba osób uczestniczących w lokalnym programie pomocy społecznej*	
e)	liczba osób uczestniczących w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego*	
f)	Liczba osób wskazanych do wykonywania prac społecznie użyteczne na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych	
3.	Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych w miesiącu przez 1 osobę uprawnioną.	
4.	Ogółem liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych	
	w tym przez osoby wykonujące prace pomocnicze na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych	
5.	<b>Łączna kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym porozumieniem przewidziana do wypłaty osobom uprawnionym ze środków własnych Gminy</b> (kwota za każdą godzinę wykonywania prac społecznie użytecznych nie może być niższa jednak niż określona w art. 73a ust. 3 w/w ustawy).	
6.	<b>Wysokość refundacji z Funduszu Pracy</b> (nie wyższa niż 60% kwoty określonej w pkt 5, a w przypadku osób wykonujących prace na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych do 100% minimalnej kwoty świadczenia).	

\* Jeśli osoby te podjęły uczestnictwo w tych formach w wyniku skierowania powiatowego urzędu pracy na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.)

## III. Oświadczenie organizatora prac społecznie użytecznych:

Oświadczam, że:

1. dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,

2. w dniu złożenia wniosku **nie zalegam** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oraz Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych,

3. w dniu złożenia wniosku nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

.....  
( data )

.....  
(pieczętka i podpis Organizatora)

**Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:**

1. Plan wykonywania prac społecznie użytecznych (załącznik Nr 1)

.....  
(pieczęć Organizatora)

**ROCZNY PLAN POTRZEB W ZAKRESIE WYKONYWANIA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH W ROKU .....**  
**GMINY .....**

Lp.	Nazwa podmiotu w którym będą zorganizowane prace społecznie użyteczne (w tym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych)	Liczba osób uprawnionych	Łączna liczba godzin	Okres wykonywania prac	Rodzaj wykonywanych prac społecznie użytecznych a w przypadku prac wykonywanych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych w ramach tych prac*	Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych	Uwagi

\*w zakresie codziennych obowiązków domowych opiekunów osób niepełnosprawnych należy ująć w szczególności prace o charakterze pomocniczym, z wyłączeniem prac związanych z bezpośrednią opieką nad osobą niepełnosprawną, w szczególności pielęgnacji tych osób, zabiegów higienicznych i podawania leków.

.....  
(pieczęćka i podpis organizatora)