|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wn-W** | | **Wniosek o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Podstawa prawna:** | | **Art. 26e ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Składający1:** | | **A. Pracodawca ubiegający się o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej.**  **B. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresat:** | | **A. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.** | | | | | | | | | | | | **B. Prezes Zarządu Funduszu.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **A. Dane o wniosku** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1. Wniosek1** | | | | |  | | **2. Numer akt** | | | | | | | |  | | **3. Data wpływu** | | | | | | |  | | | | | |
|  | **1. Zwykły** | | **2. Korygujący** | | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Część I** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **B. Dane ewidencyjne składającego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B1. Dane ewidencyjne i adres składającego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | **4. Imię (imiona) i nazwisko składającego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **5. NIP** | | | | **6. PKD** | |  | | | | | |
|  | **7. Województwo** | | | | | | | | **8. Miejscowość** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | **9. Kod pocztowy** | | | **10. Poczta** | | | | | **11. Ulica** | | | | | | | | **12. Nr domu** | | | | | **13. Nr lokalu** | | |  | | | | | |
|  | **14. Telefon2** | | | | **15. Faks2** | | | | | | | | **16. E-mail** | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B2. Adres do korespondencji** | | | | | | | | | *Wypełnia składający mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku B1* | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | **17. Kod pocztowy** | | | **18. Poczta** | | | | | **19. Ulica** | | | | | | | | **20. Nr domu** | | | | | **21. Nr lokalu** | | |  | | | | | |
|  | **22. Telefon2** | | | | **23. Faks2** | | | | | | | | **24. E-mail** | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **B3. Dodatkowe informacje** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | **25. Nazwa banku** | | | | | | | | | | **26. Numer rachunku bankowego** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | **27. Krótki opis dotychczasowej działalności** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **C. Dane dotyczące wnioskowanej pomocy3** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **28. Wnioskowana kwota ogółem** | | | | | | | | | | | **29. Forma zabezpieczenia** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **D. Analiza finansowa składającego (1)4** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Aktywa trwałe i obrotowe** | | | | | | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | | | | | | | | **Ostatni rok obrotowy** | | | | | **Bieżący rok** | | | | |  | | | | | |
|  | **Grunty** | | | | | | 30. | | | | | | | | 31. | | | | | 32. | | | | |  | | | | | |
|  | **Budynki** | | | | | | 33. | | | | | | | | 34. | | | | | 35. | | | | |  | | | | | |
|  | **Pozostały rzeczowy majątek (trwały)** | | | | | | 36. | | | | | | | | 37. | | | | | 38. | | | | |  | | | | | |
|  | **Zapasy** | | | | | | 39. | | | | | | | | 40. | | | | | 41. | | | | |  | | | | | |
|  | **Środki na rachunku bankowym** | | | | | | 42. | | | | | | | | 43. | | | | | 44. | | | | |  | | | | | |
|  | **Należności od odbiorców** | | | | | | 45. | | | | | | | | 46. | | | | | 47. | | | | |  | | | | | |
|  | **Inne (aktywa obrotowe nieujęte powyżej)** | | | | | | 48. | | | | | | | | 49. | | | | | 50. | | | | |  | | | | | |
|  | **Razem** | | | | | | 51. | | | | | | | | 52. | | | | | 53. | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | **Źródła finansowania aktywów**  **trwałych i obrotowych**  **Kapitał własny** | | | | | | **Rok poprzedzający ostatni rok obrotowy** | | | | | | | | **Ostatni rok obrotowy** | | | | | **Bieżący rok** | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | 54. | | | | | | | | 55. | | | | | 56. | | | | |  | | | | | |
|  | **Zewnętrzne źródła finansowania, w tym kredyty** | | | | | | 57. | | | | | | | | 58. | | | | | 59. | | | | |  | | | | | |
|  | **Zobowiązania wobec dostawców** | | | | | | 60. | | | | | | | | 61. | | | | | 62. | | | | |  | | | | | |
|  | **Inne zobowiązania** | | | | | | 63. | | | | | | | | 64. | | | | | 65. | | | | |  | | | | | |
|  | **Razem** | | | | | | 66. | | | | | | | | 67. | | | | | 68. | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Wn-W (I)** | | | **1/2** | |  | |  | |
| 1 W odpowiednich polach wstawić znak X. Nie wypełniać poz. 6, 7, 25-27, 30-72 w przypadku wykazania tych danych w innym wniosku Wn-W składanym łącznie z niniejszym wnioskiem.  2 Należy podać także numer kierunkowy.  3 Dla stanowiska pracy, którego dotyczy refundacja, należy wypełnić Część II wniosku po poniesieniu kosztów podlegających refundacji i wraz z kopią dowodu poniesienia tych kosztów dołączyć do złożonego wniosku.  4 Pracodawcy nieprowadzący ksiąg rachunkowych wykazują dane wyłącznie za bieżący rok. Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu składając wniosek, nie wypełnia poz. 30-72. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **D. Analiza finansowa składającego (2)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **69. Zobowiązania budżetowe** | | **70. Inne zobowiązania** | | | **71. Kwota kredytów bankowych** | | | **72. Nazwa banku** | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **E. Dane dotyczące stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **E1. Charakterystyka stanowiska pracy5** | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **73. Nazwa stanowiska pracy** | | **74. Lokalizacja stanowiska pracy** | | | | | | | | | | |
| **75. Opis operacji i czynności wykonywanych na wyposażonym stanowisku pracy** | | **76. Wymagane kwalifikacje i umiejętności pracownika niepełnosprawnego** | | | **77. Wymagania dotyczące sprawności ruchowej i predyspozycji psychicznych** | | | **78. Rodzaj i stopień niepełnosprawności osób, które mogą wykonywać pracę na wyposażonym stanowisku** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **E2. Informacje o wyposażeniu stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **Lp.** | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy** | | | **Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy do refundacji** | | **Zmianowość6** | **Liczba osób  do obsługi7** | **Wymiar czasu pracy8** | **Koszty wyposażenia stanowiska pracy9** | | **Kwota do refundacji** | |  | | |
| **1** | 79. | | | 80. | | 81. | 82. | 83. | 84. | | 85. | |
| **2** | 86. | | | 87. | | 88. | 89. | 90. | 91. | | 92. | |
| **3** | 93. | | | 94. | | 95. | 96. | 97. | 98. | | 99. | |
| **4** | 100. | | | 101. | | 102. | 103. | 104. | 105. | | 106. | |
| **5** | 107. | | | 108. | | 109. | 110. | 111. | 112. | | 113. | |
| **6** | 114. | | | 115. | | 116. | 117. | 118. | 119. | | 120. | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Oświadczam, że1:**  ****  **posiadam /**  **nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,**  **  zalegam /**  **nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,**  **  toczy się /**  **nie toczy się w stosunku do składającego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.**  **Do wniosku załączam:**  ** aktualne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające dane, o których mowa w bloku B,**  ** odpowiednio: bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata10 obrotowe - w przypadku podmiotów sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach - roczne rozliczenia podatkowe za ostatnie dwa lata10 wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo z dowodem nadania do urzędu skarbowego,**  ** aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za ostatni rok, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz lokatach terminowych.**  **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.** | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **121. Data sporządzenia wniosku** | | | **122. Podpis i pieczęć składającego** | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **F. Opinia powiatowego urzędu pracy o możliwości skierowania do pracy na opisane wyżej stanowiska pracy zarejestrowanych osób niepełnosprawnych** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **123. Data sporządzenia opinii** | | | **124. Podpis i pieczęć** | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | **Wn-W (I)** | | **2/2** | | | |
| 5 W przypadku różnych stanowisk pracy dla każdego z nich należy podać charakterystykę na odrębnych formularzach.  6 W przypadku planowego wykorzystywania wyposażenia stanowiska pracy przy pracy zmianowej należy wpisać liczbę zmian.  7 Liczba osób do obsługi wyposażenia stanowiska pracy na jednej zmianie.  8 Łączne zatrudnienie osób niepełnosprawnych na stanowisku refundowanym nie może być mniejsze niż jeden etat.  9 Dotyczy kosztów w części niesfinansowanej ze środków publicznych i niewykazanej w innym wniosku Wn-W.  10 W przypadku pracodawcy działającego przez okres krótszy niż dwa lata należy przedstawić dokumenty za okres co najmniej 12 miesięcy. | | | | | | | | | | | | | | |  |

**Załącznik nr 1**

……………………………. …………………………….

(pieczęć pracodawcy)

|  |
| --- |
| **ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY** |

W związku ze złożonym wnioskiem w sprawie udzielenia refundacji

kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej zobowiązuję się:

**W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przed podpisaniem umowy do dostarczenia aktualnych dokumentów:**

* + zaświadczenia z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu w podatkach **(wydanego nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem podpisania umowy)**,
  + zaświadczenia z  Zakładu Ubezpieczeń o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych **(wydanego nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem podpisania umowy)**,

**Po podpisaniu umowy do:**

* + terminowego przedłożenia rozliczenia i udokumentowania poniesionych, w okresie od dnia zawarcia umowy o refundację, kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej do dnia wskazanego w w/w umowie kosztów na wyposażenie stanowisk pracy oraz do zatrudnienia na tych stanowiskach skierowanych osób niepełnosprawnych;
  + zatrudnienia na wyposażonym stanowisku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy przez okres 36 miesięcy;
  + utrzymania przez okres 26 miesięcy stanowisk pracy utworzonych w związku z przyznaną refundacją.

…………………………………...

data, podpis i pieczęć

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Załącznik nr 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY** |  |

……………………………. …………………………….

(pieczęć pracodawcy)

Świadomy/a, odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 6 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 do lat 3” oświadczam, że:

1. nie zmniejszyłem/am wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem/am stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, z tym że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej (dotyczy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą);
3. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
5. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne;
6. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie podatków;

z nie zalegam w dniu złożenia wniosku z płatnościami wobec Funduszu,

1. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
2. nie byłem/am karany/a w okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2015 r., poz. 1212 z późn. zm.);
3. spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej   
   z dnia 23 kwietnia 2012 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2015 r. poz. 1041);
4. wykorzystam przyznane środki zgodnie z przeznaczeniem;
5. nie złożyłem/am wniosku w sprawie przyznawania refundacji kosztów wyposażenia   
   lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego do innego Starosty.

**\*niepotrzebne skreślić**

**Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ...……….............……………….……………... |

data, podpis i pieczęć

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Załącznik nr 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:** |  |

Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 6 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, jako podmiot, przedszkole, szkoła lub producent rolny\* składający Wniosek w sprawie udzielenia z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, oświadczam że:   
**w bieżącym roku oraz w okresie 2 poprzedzających go lat:**

- otrzymałem / nie otrzymałem\* środków stanowiących pomoc de minimis, w tym pomoc   
de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie   
oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy (oryginał do wglądu)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | |  |  |

- otrzymałem / nie otrzymałem\* inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

…………………………………...

data, podpis i pieczęć

osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy

**Załącznik nr 4**

**ZGŁOSZENIE OFERTY PRACY/INFORMACJI O WOLNYM MIEJSCU ZATRUDNIENIA**

POWIATOWY URZĄD PRACY DLA POWIATU WARSZAWSKIEGO ZACHODNIEGO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego** | | | | |
| 1.Nazwa pracodawcy krajowego/agencji zatrudnienia  ……………………………………………………………….........  ………………………………………………………………......... | | | 2. Adres pracodawcy  Ulica, nr ………………………………………………….  Miejscowość………………………………………………  Kod Pocztowy ……………………………………………  Nr telefonu ………………………………………………….....  Faks ……………………………………………………………..  e-mail ……………………………………………………………  strona internetowa ………………………………………………  8. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? TAK/NIE  Jeśli TAK - nr wpisu do rejestru (KRAZ).....................................  Jeśli TAK - czy oferta pracy jest ofertą pracy tymczasowej  w rozumieniu art. 19g ustawy? TAK/NIE | |
| 3.Numer statystyczny REGON  | 4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD…………... | |
| 5. NIP   | 6. Forma prawna prowadzonej  działalności  ………………………………….  **** | |
| 7. Osoba wskazana przez pracodawcę do kontaktów  Nazwisko i imię ………….………………………………………..  Stanowisko ………………………………………………………...  Telefon/mail ………………...…………………………………….. | | |
| 9. Czy pracodawca w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia niniejszej oferty został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy? TAK/NIE  10. Czy oferta pracy została zgłoszona w tym samym czasie do innego Urzędu Pracy na terenie kraju? TAK/NIE | | | 11. Preferowany kontakt kandydatów z pracodawcą:  a) osobisty w godz……………………………………...  b) telefoniczny…………………………………………. c) inny (CV, mail) …………………………………….. | |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy** | | | | |
| 12. Nazwa zawodu  ……………………………….  ………………………………. | **13. Nazwa stanowiska**  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  ……………………………………. | | 14. Liczba zatrudnionych pracowników ……….  **15. Liczba wolnych miejsc pracy** ……...  w tym dla osób niepełnosprawnych ……... | |
| 16. Kod zawodu wg KZiS  **** |
| 17. Miejsce wykonywania pracy  ……………………………….  ……………………………….………………………………. | 18. Czy przekazać ofertę pracy  w celu dodatkowego upowszechnienia do: 1) wybranych państw EOG TAK/NIE (jeśli TAK: jakich? należy wypełnić załącznik)  2) innych Urzędów Pracy TAK/NIE jeśli TAK których?:……………….  ……………………………………. | | 19. Czy oferta jest złożona w celu uzyskania informacji starosty – wymaganej do zezwolenia na pracę? TAK/NIE  20. Jeśli TAK, czy pracodawca zgadza się na skierowanie kandydatów do pracy? TAK/NIE  21. Dodatkowe informacje:……………………………………...  1) możliwość zakwaterowania  2) szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów  z państw EOG (załącznik) | |
| 22. Rodzaj umowy  1) umowa na czas nieokreślony;  2) umowa na czas określony;  3) umowa na okres próbny;  4) umowa na zastępstwo;  5) umowa zlecenie;  6) inne ……………………….. | 23. System i rozkład czasu pracy  1) jedna zmiana;  2) dwie zmiany;  3) trzy zmiany;  4) inne ……………………………….  Dni pracy…………………………….  W godz. ……………………………... | | 24. Wymiarczasu pracy  …………………….. | Czy pracodawca wyraża zgodę na upowszechnienie informacji umożliwiających jego identyfikację?  TAK/NIE  26. Okres aktualności oferty:  ………………………….**** |
| 27. Wysokość wynagrodzenia (brutto w zł)  ………………………………. | 28. System wynagradzania (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja, inny)  …………………………………. | | 29. Data rozpoczęcia pracy  ………………………….. | 30. Okres zatrudnienia/  wykonywania pracy  od ……..…..do…………. |
| 31. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy (wypełnić jeśli wymagane)  Poziom wykształcenia (kierunek) …………………………………  Staż pracy ………………………………………………………..  Uprawnienia, umiejętności …………….………………………….  ……………………………………………………………………..  Znajomość języków obcych /poziom………..……………………  ……………………………………………………………………………………. | | | 32. Ogólny zakres obowiązków, rodzaj pracy  …………………………………………………………  …………………………………………………………  ………………………………………………................  …………………………………………………………  …………………………………………………………  ………………………………………………………… | |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** | | | | |
| 33. Data przyjęcia zgłoszenia   | | 34. Data odwołania zgłoszenia   | 35. Numer zgłoszenia  OFPR/ / | 36. Sposób przyjęcia oferty:  1) osobiście  2) faks  3) e-mail  4) telefonicznie  5) inna forma …………….. |
| 37. Częstotliwość aktualizacji  ……………………………………. | | 38. Data aktualizacji oferty  1. ………………………  2. ………………………  3. ……………………… | 39. Podpis pracownika PUP przyjmującego ofertę |