



POWIATOWY URZĄD PRACY W LUBACZOWIE

ul. Tadeusza Kościuszki 141
37-600 Lubaczów
e-mail: pup@puplubaczow.pl
<https://lubaczow.praca.gov.pl>

tel. (16) 632 13 86
(16) 632 08 51
(16) 632 08 52 **faks: wew. 250**

REGON 650960857
NIP 7931045758

Adnotacje POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:

Znak sprawy:

.....
miejsce i data

**Starosta Lubaczowski
Powiatowy Urząd Pracy
w Lubaczowie**

WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH

Podstawa prawna: art. 73 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2447)

I. PODSTAWOWE INFORMACJE O ORGANIZATORZE:

1. Nazwa organizatora prac społecznie użytecznych:
2. Adres siedziby organizatora prac społecznie użytecznych:
3. Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora oraz nazwa pełnionej funkcji:
4. Imię i nazwisko, stanowisko oraz numer telefonu osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie złożonego wniosku:
5. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej REGON:
6. Numer identyfikacji podatkowej (NIP):
7. Numer rachunku bankowego:

OŚWIADCZENIE

1. Zalegam / nie zalegam* z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.

* Właściwie zaznaczyć

.....
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIK:

1. Roczny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych.

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* opiekun osoby niepełnosprawnej – oznacza to członków rodziny, w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860), opiekujących się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności;

.....
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)