/Załącznik nr 1 do Porozumienia/

 ……………………………………. ……………………………… miejscowość, data

 /pieczęć Gminy/

 **Dyrektor**

 **Powiatowego Urzędu Pracy**

 **w Leżajsku**

**Roczny Plan Potrzeb**

**w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych**

**dla Gminy ………..………………… na rok …………..**

**Działając na podstawie przepisów:**

* 1. art. 73 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
	(tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.),
	2. rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017r. w sprawie organizowania prac społecznie użytecznych (Dz. U. z 2017r. poz. 2447),

**przedstawiam gminny plan potrzeb w zakresie wykonywania prac społecznie użytecznych na rok ……… zgodnie z poniższym zestawieniem:**

* + 1. **PLAN**
			1. **Rodzaj i miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych wraz z oznaczeniem podmiotów, w których będą organizowane prace społecznie użyteczne w tym** **na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj prac i stanowisko****wykonywania prac społecznie użytecznych****(w tym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych\*)**  | **Miejsce****wykonywania prac społecznie użytecznych****(w tym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych)** | **Podmiot****w którym wykonywane będą prace społecznie****użyteczne****(w tym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych)** |
| **1.** | **…………………****(…………………….)** | **…………………****(…………………….)** | **…………………****(…………………….)** |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

**\*zakres codziennych obowiązków domowych wykonywanych w ramach tych prac, obejmujących 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**

* + - 1. **Liczba miejsc i godzin wykonywania prac społecznie użytecznych:**

2.1. Liczba miejsc:……………..

2.2. Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych **Ogółem:**…………, w tym

2.2.1. Liczba godzin na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych: ………

2.2.2. Liczba godzin w ramach PAI:……….

1. **Liczba bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej oraz liczbę osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego, które mogą być skierowane do wykonywania prac społecznie użytecznych:**
	1. Liczba bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń pomocy społecznej: **Ogółem**:………….., w tym:
		1. Liczba osób bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń pomocy społecznej w ramach PAI:…………………
		2. Liczba osób na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych **……….**
		3. Liczba osób uczestniczących w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej lub indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego, *jeżeli podjęły uczestnictwo w tych formach w wyniku skierowania powiatowego urzędu pracy na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zwanych dalej „osobami uprawnionymi”, które mogą być skierowane do wykonywania prac społecznie użytecznych:*…………………..

**II. POZOSTAŁE INFORMACJE:**

1. **Planowany okres realizacji prac społecznie użytecznych od dnia………. do dnia …..**
2. **Wyszczególnienie okresów wykonywania prac społecznie użytecznych oraz liczba osób bezrobotnych skierowanych do poszczególnych podmiotów:**
3. od ……………do ……………- ……….osób
4. od ……………do ……………- ……….osób
5. od…………… do…………….- ……….osób
6. **Maksymalna liczba godzin w miesiącu do przepracowania przez 1 osobę uprawnioną (max 10 godzin w tygodniu): ……….**
7. **Wysokość świadczenia pieniężnego przysługującego z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych (nie niższa niż 10,90 złotych za godzinę) :**

a) ………………………………………………………

b) ………………………………………………………

c) **……………………………………………………….**

1. **Przewidywana kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym Planem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym ogółem………………………………………….**
	1. Przewidywana kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym Planem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym w ramach PAI………………………………….
	2. Przewidywana kwota świadczeń pieniężnych w okresie objętym Planem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych…………….
2. **Planowana wysokość refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym Planem ogółem……………**
	1. Przewidywana refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym Planem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym w ramach PAI………………………………….
	2. Przewidywana refundacji z Funduszu Pracy w okresie objętym Planem przewidziana do wypłaty osobom bezrobotnym na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych…………….
3. **Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej we wskazanej placówce za realizację prac społecznie użytecznych:**

………………………………………………………..

1. Do realizacji prac społecznie użytecznych wskazuje się Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w ………………………………………………………….………………………………………….

 /adres/

**III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA (Gminy):**

1. Pełna nazwa organizatora prac społecznie żytecznych…............................................................
2. Adres siedziby:……………..……………………………….…………………………………
3. Numer telefonu, Fax .....................................................................................................................
4. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do reprezentowania i podpisania porozumienia dotyczącego wykonywania prac społecznie użytecznych:

…………………………..

…………………………..

1. Imię i nazwisko, stanowisko oraz numer telefonu osoby uprawnionej do udzielania informacji w sprawie realizacji prac społecznie użytecznych: ....................................……………………..
2. Nazwa i numer konta bankowego ……………………….………………………………………

 ……………………………..

 Wójt Gminy

 (podpis i imienna pieczątka)