

WNIOSEK ORGANIZATORA PRAC SPOŁECZNIE UŻYTECZNYCH

I. Informacje dotyczące podmiotu									
1. Nazwa i adres (pieczęć Podmiotu)	2. Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za kontakt, organizowanie oraz kontrolowanie pracy na terenie jednostki osób kierowanych do prac społecznie użytecznych:								
 telefon (wew.)								
II. Informacje dotyczące potrzeb w ramach prac społecznie użytecznych									
1. Liczba osób planowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych:									
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Ogółem</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Ogółem		w tym:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">K</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	K		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">M</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	M	
Ogółem									
K									
M									
2. Liczba godzin wykonywania prac społecznie użytecznych przez <u>jedną osobę w miesiącu</u> :									
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">1 os/m-cznie</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	1 os/m-cznie					
1 os/m-cznie									
3. Przewidywany okres wykonywania prac (podany w miesiącach z uwzględnieniem przerw wakacyjnych):									
.....									
4. Rodzaj wykonywania prac (z wykazaniem prostych prac fizycznych i biurowych):									
.....									
5. Miejsce wykonywania prac społecznie użytecznych:									
.....									
6. Czy występuje potrzeba posiadania przez osoby kierowane do prac społecznie użytecznych zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do podjęcia przedmiotowych prac:									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TAK</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NIE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>				TAK		NIE			
TAK		NIE							
7. Ewentualne uwagi Podmiotu: (np. konieczność posiadania książeczki do celów sanitarno-epidemiologicznych)									
.....									
8. Czy Podmiot przewiduje zatrudnienie osoby wykonującej prace społecznie użyteczne:									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">TAK</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">NIE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>				TAK		NIE			
TAK		NIE							
III. Adnotacje Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach									
Data wpływu zgłoszenia:	Liczba skierowanych osób:	Okres wykonywania PSU 2020	Pracownik MOPR						
.....						