Załącznik nr 1

do procedur

*Pieczęć Przedsiębiorstwa*

**OFERTA ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH   
w ramach PILOTAŻOWEGO PROGRAMU „PRACA-INTEGRACJA”** *Informacje o programie umieszczone są na: www.pfron.org.pl – zakładka „Programy i zadania PFRON”*

|  |
| --- |
| Część A: Dane i informacje PRZEDSIĘBIORSTWA  (w którym wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest niższy niż 6%) |

**1. Nazwa i adres**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa Przedsiębiorstwa: | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu stacjonarnego | Nr telefonu komórkowego | adres http://www | e-mail |
|  |  |  |  |
| Nr identyfikacyjny NIP | REGON | Status prawny |  |
| Liczba osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie  *(łącznie we wszystkich jednostkach organizacyjnych)*   * wg stanu na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia oferty | | Ogółem: |  |
| w tym osób niepełnosprawnych: |  |
| Liczba osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie  *(łącznie we wszystkich jednostkach organizacyjnych)*   * w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wg stanu na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia oferty. | | Ogółem: |  |
| w tym osób niepełnosprawnych: |  |

2. Osoby uprawnione do reprezentowania i zaciągania zobowiązań finansowych

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem pełnionej funkcji, które są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu PRZEDSIĘBIORSTWA. W przypadku większej liczby upoważnionych osób należy dodać kolejne wiersze.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Funkcja |
| 1. |  |  |

3. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Nr telefonu stacjonarnego (wraz kierunkowym) lub komórkowego | e-mail |
| 1. |  |  |  |

**4. Załącznik wymagany do oferty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy oferta podpisana jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania Przedsiębiorstwa *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)* | Tak: 🞎 | Nie: 🞎 |

|  |
| --- |
| **Część B: Informacje dotyczące OFERTY ZATRUDNIENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** |

1. Wykaz stanowisk pracy proponowanych w ramach oferty - Tabelę B1a należy powielić dla każdego stanowiska/miejsca pracy oddzielnie, numerując je kolejno: B1a, B1b, B1c, B1d, itd.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Tabela B1a:  1. Nazwa stanowiska pracy, liczba miejsc pracy na tym stanowisku i miejsce pracy (adres)  2. Podstawowe informacje dot. warunków pracy  3. Wymagania dot. kandydata do pracy  4. Inne oczekiwania dot. kandydata do pracy | | | | | |
| 1. | Nazwa stanowiska pracy: | | Miejsce pracy (adres): | | Ogólna liczba etatów: |  |
|  | Pełny wymiar - liczba etatów: | |  | **Niższy wymiar - liczba etatów:** | |  |
|  | Zmianowość: | Tak: 🞎 | Nie: 🞎 | Zmianowość: | Tak: 🞎 | Nie: 🞎 |
|  | Rodzaj umowy, na czas: | Nieokreślony:  Tak: 🞎 Nie: 🞎 | | Rodzaj umowy, na czas: | Nieokreślony:  Tak: 🞎 Nie: 🞎 | |
| 2. | Planowany okres zatrudnienia  (w miesiącach): |  | | Planowany okres zatrudnienia  (w miesiącach): |  | |
|  | Planowana data rozpoczęcia pracy: |  | | Planowana data rozpoczęcia pracy: |  | |
|  | Planowane średnie miesięczne wynagrodzenie brutto  (w przeliczeniu na pełen etat): | | | |  | |
|  | Wymagania dot. kandydata do pracy na stanowisku pracy: | | | Wymagania konieczne: | Wymaganie nieistotne: | |
| 3. | Zawód: | | |  | 🞎 | |
|  | Wykształcenie: | | |  | 🞎 | |
|  | Kwalifikacje, umiejętności pożądane (jakie): | |  | | | |
| 4. | Inne oczekiwania dot. kandydata do pracy na stanowisku pracy: | |  | | | |

**2. Dodatkowe informacje mogące mieć znaczenie dla realizacji oferty**

Wypełnienie punktu nie jest obowiązkowe.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część C oferty:**  **Informacje o istniejących barierach w zakładzie pracy/na stanowisku pracy, mogących mieć wpływ na możliwość wykonywania pracy przez osobę niepełnosprawną** | | | | |
| 1. | Czy na terenie zakładu pracy występują bariery architektoniczne mogące mieć wpływ na możliwość wykonywania pracy przez osobę z niepełnosprawnością fizyczną (np. schody-brak windy, wąskie przejścia, brak dostępnej toalety, itp.) | | Tak: 🞎 | Nie: 🞎 |
| 2. | Czy wokół zakładu pracy występują bariery architektoniczne mogące mieć wpływ na możliwość dotarcia do pracy przez osobę z niepełnosprawnością fizyczną (np. schody przed wejściem, ostre nierówności terenu, inne.) | | Tak: 🞎 | Nie: 🞎 |
| 3. | Czy oferowane stanowiska pracy wykluczają zatrudnienie osób z niepełnosprawnością fizyczną, słuchową, wzrokową, intelektualną, inną (jeżeli tak, proszę wpisać jaką). | | Tak: 🞎 | Nie: 🞎 |
| 4. | Wykluczenia, o których mowa w pkt 3 dotyczą stanowisk pracy wymienionych w Tabeli:  (np. B1a, B1c) |  | | |

|  |
| --- |
| **Część D oferty: Oświadczenia Oferenta** |

**Oświadczam, że:**

1. reprezentowany przeze mnie podmiot zobowiązuje się do zatrudnienia osób niepełnosprawnych na stanowiskach pracy, wskazanych w ww. ofercie w okresie co najmniej 18 miesięcy;
2. podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym Przedsiębiorstwa – przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje ofertę z dalszego rozpatrywania;
3. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych może poddać ofertę wstępnej ocenie przez zewnętrznego eksperta, w celu weryfikacji zasadności zaangażowania w przedsięwzięcie i racjonalności wydatkowania środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
4. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia oferty, wyrażam zgodę na zawarcie z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych porozumienia w sprawie współpracy przy realizacji pilotażowego programu „PRACA-INTEGRACJA” oraz na opublikowanie uchwały Zarządu PFRON dotyczącej przyjęcia reprezentowanego przeze mnie Przedsiębiorstwa do uczestnictwa w pilotażowym programie „PRACA-INTEGRACJA”;
5. w przypadku pozytywnego rozpatrzenia oferty wyrażam zgodę na współpracę z wyłonionym przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych realizatorem zadania, będącego przedmiotem niniejszej oferty, w celu uzyskania najlepszego efektu w zakresie realizacji celów pilotażowego programu ,,PRACA – INTEGRACJA”;
6. na dzień sporządzenia oferty reprezentowany przeze mnie podmiot nie posiada wymagalnych zobowiązań wobec: PFRON, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Urzędu Skarbowego oraz wobec organów i instytucji wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej, w tym wobec jednostek samorządu terytorialnego;

................................. dnia ......................r.

......................................................... ........................................................

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Przedsiębiorstwa i zaciągania zobowiązań finansowych*

***Wypełnia PFRON:***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ofertę złożono:  W ........................................................................... PFRON  w dniu ................................................................................. | | | Nr sprawy: | | | |
| WERYFIKACJA FORMALNA OFERTY | | | | | | |
| Imię i nazwisko Oceniających: | |  | | | | |
| Nazwa Oferenta / Oferentów: | |  | | | | |
| Deklaracja bezstronności  **Oświadczam, że:**   1. nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą zarządzającą lub będącą w organach nadzorczych ww. Oferenta (-ów), 2. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem), członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem ww. Oferenta (-ów), 3. nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem  (-am) zatrudniony na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło u ww. Oferenta (-ów), 4. nie pozostaję z ww. Oferentem (-ami) w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.   **Zobowiązuję się do:**   * ochrony danych przekazanych przez Oferenta (-ów), * spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie, * niezwłocznego poinformowania PFRON o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności, * zrezygnowania z oceny oferty w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1-4,   Data i podpisy osób przeprowadzających ocenę formalną oferty:  .................................................................................................................................................................................................................. | | | | | | |
| **Lp.** | **Warunki weryfikacji formalnej:** | | | | **Warunki weryfikacji formalnej spełnione  (*zaznaczyć właściwe*):** | **UWAGI** |
| 1. | Oferent spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia oferty | | | | - tak - nie |  |
| 2. | Oferent dotrzymał terminu na złożenie oferty | | | | - tak - nie |  |
| 3. | Oferta jest złożona na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | | | | - tak - nie |  |
| 4. | Oferta jest kompletna, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniona poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach | | | | - tak - nie |  |
| 5. | Oferta została podpisana przez osoby upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta i zaciągania zobowiązań finansowych | | | | - tak - nie |  |
| Data weryfikacji formalnej oferty: | | | | | ............./........./ 20.... r. | |
| Weryfikacja formalna oferty: pozytywna negatywna | | | | | | |
| Oferta uzupełniona we wskazanym terminie w zakresie pkt…………….: | | | | - tak - nie | | |
| Oferta kompletna w dniu przyjęcia: | | | | - tak - nie | | |

***pieczątka imienna pracownika dokonującego weryfikacji formalnej oferty***

*data, podpis:*

***pieczątka imienna przełożonego pracownika dokonującego weryfikacji formalnej oferty***

*data, podpis:*

Data przekazania oferty do ponownej weryfikacji formalnej ......./ ......../ 20.... r. (o ile dotyczy)

**Opinia eksperta Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** (o ile dotyczy)

Wypełnienie nie jest obowiązkowe

***pieczątka imienna/podpis eksperta sporządzającego opinię***

*data, podpis:*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| DECYZJA:  pozytywna negatywnaUchwała Zarządu PFRON nr ………………….......... z dnia …………………………………… |