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 pracy3. 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 ........................................................................... PFRONw 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 negatywna Uchwała Zarządu PFRON nr ………………….......... z dnia …………………………………… |