

Dodatkowe informacje dotyczące wniosku „Świadczenie nieodpłatnej pracy”

- Jako miejsce zatrudnienia stanowiące organizację pożytku publicznego lub porównywalną proponuję:
 - Nazwa placówki: _____
 - Adres placówki: _____
 - Moja dotychczasowa osoba do kontaktu: _____
 - Opis pracy: _____
 - Przewidywany czas pracy tygodniowo: _____
- Proszę o przydzielenie miejsca zatrudnienia stanowiącego organizację pożytku publicznego.
 - Udzielam wyraźnej zgody na przekazanie moich danych osobowych pomocy sądowej lub niezależnemu podmiotowi opieki społecznej.
 - Świadczenie nieodpłatnej pracy jest dla mnie możliwe
 - tylko w moim miejscu zamieszkania,
 - także w niedalekiej okolicy,
 - jednakże tylko pod warunkiem, że do miejsca pracy można dotrzeć środkami komunikacji publicznej.
 - Mogę pracować
 - w dowolnym czasie,
 - od poniedziałku do piątku w ciągu dnia od godz. _____ do _____.
- Posiadam pomyślnie ukończone wykształcenie zawodowe jako _____.

Mam świadomość, że w celu uregulowania dwóch stawek dziennych należy świadczyć nieodpłatną pracę przez pięć godzin.

- Zwracam się z wnioskiem o obniżenie w moim przypadku liczby świadczonych godzin pracy wynoszącej pięć godzin dziennie na poczet uregulowania dwóch stawek dziennych. Mój wniosek uzasadniam następująco:
 - Jestem osobą o znacznym stopniu niepełnosprawności i dlatego zdolną do pracy jedynie w ograniczonym zakresie. Na potrzeby weryfikacji mojego wniosku załączam kopię orzeczenia urzędu ds. zaopatrzenia socjalnego z dnia _____.
 - Ze względu na moje uzależnienie jestem osobą zdolną do pracy jedynie w ograniczonym zakresie. Na potrzeby weryfikacji mojego wniosku załączam zaświadczenie z dnia _____ wydane przez _____.
 - Ze względu na moje uzależnienie od narkotyków jestem osobą zdolną do pracy jedynie w ograniczonym zakresie. Na potrzeby weryfikacji mojego wniosku załączam zaświadczenie wydane przez _____.

Cierpię na choroby psychiczne i dlatego jestem osobą zdolną do pracy jedynie w ograniczonym zakresie. Na potrzeby weryfikacji mojego wniosku załączam kopię zaświadczenia z dnia _____ wydanego przez _____.

Ze względu na ciężę jestem osobą zdolną do pracy jedynie w ograniczonym zakresie. Na potrzeby weryfikacji mojego wniosku załączam kopię zaświadczenia z dnia _____ wydanego przez _____.

Jestem osobą zdolną do pracy jedynie w ograniczonym zakresie, ponieważ:

Muszę zajmować się (wymagającym opieki) członkiem rodziny:

- Imię i nazwisko: _____
- Stopień niepełnosprawności _____
- Stosunek pokrewieństwa:
 - dziadkowie
 - ojciec/matka
 - współmałżonek
 - dziecko

Na potrzeby weryfikacji mojego wniosku załączam kopię zaświadczenia o konieczności sprawowania opieki z dnia _____ wydanego przez kasę chorych oraz _____ z dnia _____ jako potwierdzenie statusu członka rodziny.

Posiadam małoletnie dzieci i jestem osobą samotnie wychowującą:

- Liczba dzieci: _____
- Wiek dzieci: _____

Załączam kopię aktu/kopie aktów urodzenia.

Pobieram świadczenia zgodnie z księgą III [niemieckiego] kodeksu socjalnego (SGB III). Mam świadomość, że świadczenie pracy zastępczej może spowodować ograniczenie prawa do zasiłku dla bezrobotnych, jeżeli w trakcie wykonywania pracy zastępczej nie będę postępować według zaleceń urzędu pracy lub nie przyjmę zaproponowanego stanowiska pracy. Jako potwierdzenie załączam ostatnią decyzję o zezwoleniu wydaną przez urząd pracy bądź jej kopię.

Mam świadomość, że „nieodpłatną pracę” mogę rozpocząć dopiero po jej przydzieleniu przez Prokuraturę, ponieważ w przeciwnym razie nie występuje ochrona ubezpieczeniowa ani nie jest możliwe zaliczenie na poczet kary.

(Podpis wnioskodawcy)