**Załącznik nr 1a do Zasad**

###### Powiatowy Urząd Pracy w …………………………….

###### Program specjalny Nr …./2022

**realizowany w oparciu o środki rezerwy.**

###### do Marszałka Województwa ……………………….

1. Charakterystyka i liczba uczestników programu specjalnego.

…………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Kryteria doboru uczestników programu specjalnego w odniesieniu do przeprowadzonej diagnozy sytuacji zawodowej oraz barier utrudniających podjęcie zatrudnienia lub utrzymanie miejsca pracy**, **z uwzględnieniem analizy potrzeb lokalnego rynku pracy.**

…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Działania, przewidziane w programie specjalnym, łączące usługi lub instrumenty rynku pracy
z elementami specyficznymi wspierającymi zatrudnienie (SEWZ) oraz harmonogramem ich realizacji:**

**Tabela 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Formy aktywizacji zawodowej | Liczba osób | Kwota i źródło finansowania | Koszt na 1 uczestnika (kol. 6/ kol.5) | Harmonogram realizacji |
| Usługi  | Instrumenty | SEWZ | Ogółem | Limit FP | Rezerwa FP |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem |  |  |  |  |  | X |

**Uzasadnienie potrzeby zastosowania działań łączących usługi lub instrumenty rynku pracy z elementami specyficznymi wspierającymi zatrudnienie (SEWZ) i przewidywanych skutków dla zatrudnienia lub utrzymania miejsc pracy:**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Informacja o podmiotach współpracujących przy realizacji programu specjalnego:**

**(Wykaz podmiotów współpracujących oraz określenie ich zadań. Wykaz podmiotów współpracujących przy realizacji programu specjalnego przedstawiony w niniejszym punkcie musi znajdować odzwierciedlenie w dołączonych
do programu porozumieniach.)**

…………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Okres realizacji programu specjalnego:** ....................................................................................................
2. Budżet programu specjalnego:
3. ogólna kwota programu specjalnego ……………………………………………………zł

w tym:

1. środki Funduszu Pracy przyznane w ramach algorytmu (limit 10%)………………………zł
2. środki rezerwy Funduszu Pracy (kwota wnioskowana) …………………………………...zł
3. inne środki …………………………………………………………………………..……..zł
4. środki na SEWZ …………………………………………..…………….. zł

w tym:

1. kwota SEWZ w przeliczeniu na 1 uczestnika ………………………zł/os
2. udział kwoty środków na SEWZ do ogólnej kwoty programu ……..…..%
3. **Wnioskowana kwota środków rezerwy FP:** ......................... **zł**

(słownie:...................................................................................................................................................................)

1. Efektywność realizowanych działań:

|  |  |
| --- | --- |
| Efektywność | Efektywność |
| kosztowa (w zł/osobę) | zatrudnieniowa (w procentach) |
| 1. Efektywność uzyskana w programach specjalnych zakończonych w 2020 r. finansowanych ze środków rezerwy |  |  |
| 2. Efektywność przewidziana do uzyskania w ramach niniejszego wniosku |  |  |

1. Opis prowadzenia kontroli programu specjalnego i zakres monitorowania jego realizacji.

Należy opisać sposób prowadzenia kontroli programu specjalnego – czy będzie on okresowy, czy np. zadaniowy (tj. po osiągnięciu kluczowych punktów realizacji programu specjalnego) oraz zakres monitorowania:

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

1. Propozycje działań w przypadku wystąpienia zagrożeń realizacji programu specjalnego.

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

……………………………………………..…

Starosta/Prezydent Miasta lub osoba upoważniona

*/-/ podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

1. Imię, nazwisko, stanowisko i nr telefonu osoby, która sporządziła i koordynuje program specjalny:

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