**UMOWA-KONTRAKT SOCJALNY**

(integralną częścią umowy jest Indywidualna Ścieżka Reintegracji oraz opinia psychologiczna)

określający sposób współdziałania między:

osobą a doradcą zawodowym w zakresie rozwiązywania trudnej sytuacji życiowej, oraz w celu wzmocnienia aktywności i samodzielności życiowej, zawodowej lub przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

**„Dobra zmiana!”**

**NR: RPWM.11.01.02-28-0040/19**

**MIEJSCE REALIZACJI:** …………………………………………………………………..……

**TERMIN REALIZACJI:**

Data rozpoczęcia realizacji kontraktu socjalnego: ………………………………………..

Data zakończenia realizacji kontraktu socjalnego:: ……………………………………….

**Imię i nazwisko:** ………………………………………

**Pesel:** ………………………………………………

**Imię i nazwisko osoby sporządzającej kontrakt socjalny:**

Dane kontaktowe:

(adres, telefon, e-mail) ……………………………………………………………………

I. Najistotniejsze zdarzenia na drodze Uczestniczki Projektu do podjęcia zatrudnienia i jego utrzymania:

1. Podjęcie działań w celu zminimalizowania barier oraz powodów, dla których Uczestnik/czka Projektu nie jest w stanie znaleźć pracy.
2. Stała praca z Uczestnikiem Projektu mająca na celu pomoc w rozwiązywaniu trudnych sytuacji na drodze do podjęcia zatrudnienia.
3. Wspólne podejmowanie działań w pokonywaniu barier w znalezieniu i utrzymaniu pracy.
4. ………………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………… itp.

II .Główne działania aktywizacyjne planowane w obszarze wsparcia[[1]](#footnote-2):

1. Opracowanie Indywidualnej Ścieżki Reintegracji (IŚR)
2. Trening kompetencji społecznych
3. Indywidualne specjalistyczne poradnictwo psychologiczne oraz prawne i obywatelskie.
4. Szkolenia zawodowe podnoszące kompetencje i kwalifikacje.
5. Staże i pośrednictwo pracy.

III. Główne działania aktywizacyjne planowane w obszarze wsparcia w trakcie trwania Projektu:

1. Refundacja kosztów dojazdu.
2. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/os. zależną.

IV. Zasady i terminy kontaktu z Uczestnikiem Programu:

1. Forma – kontakt osobisty lub telefoniczny.
2. Miejsce – ………………………………………………………………………….…..
3. Termin – zgodny z harmonogramem działań kontraktu socjalnego.

Załączniki do umowy- kontraktu socjalnego:

1. Harmonogram działań aktywizacyjnych – przed podjęciem stażu zawodowego.

2. Harmonogram działań aktywizacyjnych – w trakcie stażu zawodowego.

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z umową-kontraktem socjalnym, akceptuję zaplanowane dla mnie działania i formy wsparcia  
 i zobowiązuję się do aktywnego udziału w przygotowanych dla mnie działaniach w wyznaczonych terminach.

W przypadku zaistnienia jakichkolwiek sytuacji mogących mieć wpływ na mój udział w zaplanowanych działaniach niezwłocznie poinformuję o tym pisemnie wyznaczonego dla mnie opiekuna. W trakcie mojego udziału w realizacji umowy-kontraktu socjalnego może on zostać zaktualizowany. Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/-a, że w przypadku niestawienia się w wyznaczonym terminie do udziału w poszczególnych zajęciach beneficjent Centrum Doskonalenia Kadr Ewa Perlińska, może wykreślić mnie z listy Uczestników/czek projektu.

…………………………………………………………

(podpis Uczestnika/czki)

**Umowa-Kontrakt socjalny**

**Imię i Nazwisko Uczestnika/czki Projektu: …………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Termin** | **Zakres tematyczny usługi obszaru wsparcia**  **przed rozpoczęciem stażu** | **Czas**  **Trwania** |
| 1. | Do 1 miesiąca od zakwalifikowania się do projektu | Usługa doradztwa zawodowego – przygotowanie  i opracowanie Indywidualnej Ścieżki Reintegracji (IŚR) | 5h |
| 2. | Do 2 miesięcy od daty doradztwa zawodowego | Treningi kompetencji społecznych. | 36 h |
| 3. | Do 3 miesięcy od daty doradztwa zawodowego | Indywidualne specjalistyczne poradnictwo psychologiczne oraz prawne i obywatelskie. | 4 h  3 h |
| 4. | Do 3 miesięcy od daty doradztwa zawodowego | Szkolenia zawodowe podnoszące kompetencje  i kwalifikacje. | 110 h |

**Umowa-Kontrakt socjalny**

**Imię i Nazwisko Uczestnika/czki Projektu: …………….………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Termin** | **Zakres tematyczny usługi obszaru wsparcia**  **w trakcie stażu** | **Czas**  **trwania** |
| 1. | od dnia podjęcia stażu | Wsparcie opiekuna – usługa stała. | 4 miesiące |
| 2. | od dnia podjęcia stażu | Wsparcie finansowe dotyczące zwrotów kosztów dojazdu do pracy. | 4 miesiące |
| 3 | od dnia podjęcia stażu | Wsparcie finansowe dotyczące zwrotów opieki nad dzieckiem/os. zależną. | 4 miesiące |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)