Raport miesięczny z zatrudnienia osób niepełnosprawnych - wzór

Raport Wykonawcy dotyczący realizacji zobowiązania zadeklarowanego w kryterium Z. Wypełnić za każdy miesiąc świadczenia usług zgodnie z §14 umowy.

1 Dane raportu

Pole	**Dane do uzupełnienia**
Zamawiający	Gmina Miejska Biała Podlaska ul. Marszałka J. Piłsudskiego 3, 21 – 500 Biała Podlaska (NIP 537-23-35-662, REGON 030237380)
Wykonawca i adres	……
Nazwa i numer postępowania	ZP.271.3.12.2026.MCH2
Numer i data umowy oraz właściwy paragraf	……
Miesiąc i rok oraz okres objęty raportem	…… od …… do ……
Liczba osób wynikająca z oferty	…… osób
Numer raportu i data sporządzenia	……

2 Zatrudnienie i skierowanie do realizacji zamówienia

Kod osoby	**Pracodawca Wykonawca lub podwykonawca**	**Data umowy o pracę i okres zatrudnienia**	**Wymiar etatu i skierowania do zamówienia**	**Ważność dokumentu potwierdzającego status**	**Czynności wykonywane na potrzeby zamówienia**
…… 1	……	…… ……	…… ……	……	…… ……
…… 2	……	…… ……	…… ……	……	…… ……
…… 3	……	…… ……	…… ……	……	…… ……
…… 4	……	…… ……	…… ……	……	…… ……

Wskazać także osoby zastępujące pracowników. Stosować te same kody we wszystkich raportach i dokumentach. Jednej osoby nie wykazywać wielokrotnie. Nie podawać imion, nazwisk, numerów PESEL ani przyczyn niepełnosprawności.

3 Zaangażowanie w realizację zamówienia w miesiącu sprawozdawczym

Kod osoby	Okres skierowania do zamówienia w miesiącu	Wymagany czas pracy przy zamówieniu w godzinach	Rzeczywisty czas pracy przy zamówieniu w godzinach	Okresy usprawiedliwionych nieobecności	Wyjaśnienie różnic i odwołanie do ewidencji
……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……

Wymagany czas ustalić według umowy, z uwzględnieniem normy czasu pracy właściwej dla pracownika, okresu skierowania oraz zasad dotyczących usprawiedliwionych nieobecności. Nie wpisywać całego czasu pracy w przedsiębiorstwie, jeżeli tylko część dotyczy tego zamówienia. Nie wskazywać medycznych przyczyn nieobecności.

4 Zmiany zastępstwa i okresy niezapewnienia wymaganej liczby osób

Kod osoby zastępowanej	Data zdarzenia i rodzaj zmiany bez danych medycznych	Data powiadomienia Zamawiającego	Kod zastępcy i data rozpoczęcia zastępstwa	Okres braku wymaganej obsady i wyjaśnienie
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……
……	……	……	……	……

Jeżeli nie było zmian, zastępstw ani braków obsady, wpisać „nie wystąpiły”. Wykazać również braki usunięte w terminie dopuszczonym w umowie. Raport nie zastępuje odrębnego powiadomienia wymaganego umową.

5 Oświadczenie Wykonawcy

Oświadczam, że dane przedstawione w raporcie są zgodne z dokumentacją zatrudnienia i wykonania usługi. Osoby wykazane jako spełniające zobowiązanie były zatrudnione na podstawie umów o pracę, posiadały status osoby niepełnosprawnej w wykazanych okresach i wykonywały wskazane czynności na potrzeby niniejszego zamówienia.

Wykonanie zobowiązania w okresie sprawozdawczym: [ ] spełniono [ ] wystąpiły odstępstwa opisane powyżej.
Dodatkowe wyjaśnienia: ……

Dokumentacja potwierdzająca dane raportu pozostaje dostępna do kontroli zgodnie z umową. Dokumenty przekazywane na wezwanie będą ograniczone do zakresu niezbędnego do kontroli, zgodnie z zasadami określonymi w umowie.

Załączniki przekazywane z raportem, jeżeli dotyczy: ……
……

Miejscowość i data: …… Osoba uprawniona do reprezentowania Wykonawcy: ……
Podpis: ……