KARTA ZGŁOSZENIA PRACODAWCY
do Konkursu „Opolskie dla Rodziny”

***Szanowni Państwo,***

*Niniejsza karta zgłoszenia służyć ma wyłonieniu pracodawcy, który stosuje najbardziej sprzyjające rozwiązania w godzeniu życia zawodowego z rodzinnym swoich pracowników i ma swoją siedzibę lub oddział na terenie województwa opolskiego. Organizatorem Konkursu „Opolskie dla Rodziny” jest Zarząd Województwa Opolskiego.*

1. **Ogólne informacje o pracodawcy.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie**  | **Dane pracodawcy**  |
|
| **Nazwa i adres pracodawcy**  |  |
| **Dane osoby zarządzającej** * **imię i nazwisko**
* **stanowisko** (np. prezes, dyrektor, burmistrz)
 |  |
| **Dane osoby upoważnionej do kontaktu:*** **imię i nazwisko**
* **stanowisko służbowe**
* **nr telefonu, adres e-mail**
 |  |
| **Zgłaszający:**  | 🞏 pracodawca🞏 grupa co najmniej 3 pracowników (należy wypełnić tabelę w pkt. 7)  |
| **Liczba zatrudnionych pracowników** | 🞏 Zatrudniający do 49 pracowników🞏 Zatrudniający od 50 do 249 pracowników 🞏 Zatrudniający 250 i więcej pracowników  |
| **Data podjęcia działalności gospodarczej** |   |

1. **Elastyczne formy czasu pracy dostosowane do potrzeb pracowników godzących pracę zawodową z życiem rodzinnym w latach 2016-2017** *(0-20 punktów).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Wsparcie dla pracownika godzącego pracę zawodową z życiem rodzinnym** | **Opis** (max. 100 znaków przy jednej formie wsparcia). Jeżeli dany rodzaj wsparcia nie jest realizowany proszę wpisać „ – ” |
|
| Możliwość podjęcia pracy w niepełnym wymiarze czasu pracy  |  |
| Elastyczne godziny pracy (indywidualny rozkład czasu pracy) |  |
| Możliwość wykonywania pracy w domu  |  |
| Zadaniowy czas pracy  |  |
| Zapewnienie możliwości stopniowego powrotu do pracy po urlopie macierzyńskim  |  |
| Dostosowanie terminu urlopu wypoczynkowego do potrzeb rodzinnych pracownika |  |
| Ograniczanie godzin nadliczbowych ze względów rodzinnych  |  |
| Udzielanie urlopów bezpłatnych powyżej 3 miesięcy ze względu na rodzinne potrzeby pracownika (np. opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem, osobą zależną)  |  |
| Inne |  |

1. **Wsparcie materialne udzielane pracownikom i ich dzieciom w latach 2016-2017** *(0-20 punktów).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj udzielanego wsparcia** | **Opis** (max. 100 znaków przy jednej formie wsparcia). Jeżeli dany rodzaj wsparcia nie jest realizowany proszę wpisać „ – ” |
|
| Dofinansowanie opieki nad dzieckiem pracownika w żłobkach/przedszkolach /klubach dziecięcych (publicznych lub niepublicznych) lub korzystających z innej formy opieki (np. opiekunki)  |  |
| Dofinansowanie dodatkowej opieki medycznej dla pracowników i ich rodzin (np. pakiety medyczne, szczepienia profilaktyczne)  |  |
| Wsparcie finansowe edukacji dzieci pracowników (np. dofinansowanie zakupu przyborów szkolnych, zajęć pozalekcyjnych, stypendia dla zdolnych uczniów) |  |
| Dofinansowanie zajęć rekreacyjno-sportowych (np. karnety na basen, karty multi-sport) |  |
| Bony pieniężne lub paczki okolicznościowe  |  |
| Dofinansowanie do wypoczynku letniego lub zimowego |  |
| Dodatkowe świadczenie finansowe z tytułu urodzenia dziecka |  |
| Pomoc finansowa/materialna w sytuacjach losowych lub uwzględniająca sytuację materialną pracownika |  |
| Inne |  |

1. **Organizacja imprez integracyjnych dla rodzin pracowników w latach 2016-2017** *(0-15 punktów).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj imprezy**  | **Opis** (max. 100 znaków przy jednej formie wsparcia). Jeżeli dany rodzaj wsparcia nie jest realizowany proszę wpisać „ – ” |
|
| Organizacja imprez rodzinnych (np. festynów, pikników, zawodów sportowych) |  |
| Organizacja wyjazdów wypoczynkowych dla rodzin pracowników i dzieci  |  |
| Świętowanie ważnych wydarzeń (np. narodziny dziecka, Mikołajki, Dzień Dziecka) |  |
| Inne |  |

1. **Rozwiązania ułatwiające pracownikom opiekę na dziećmi w latach 2016-2017** *(0-15 punktów).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Proponowane rozwiązania** | **Opis** (max. 100 znaków przy jednej formie wsparcia). Jeżeli dany rodzaj wsparcia nie jest realizowany proszę wpisać „ – ” |
|
| Prowadzenie przyzakładowego żłobka/przedszkola dla dzieci pracowników  |  |
| Przestrzeń dla dzieci w miejscu pracy (kącik zabaw, pokój dla karmiących matek, przewijak w toalecie) |  |
| Pokój/biuro przystosowane do wykonywania pracy połączonej z jednoczesnym sprawowaniem opieką nad dzieckiem |  |
| Inne  |  |

1. **Działalność prorodzinna na rzecz społeczności lokalnej w latach 2016-2017** *(0-10 punktów).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Prowadzona działalność** | **Opis** (max. 100 znaków przy jednej formie wsparcia). Jeżeli dany rodzaj wsparcia nie jest realizowany proszę wpisać „ – ” |
|
| Sponsorowanie imprez lokalnych  |  |
| Wsparcie akcji charytatywnych |  |
| Wsparcie organizacji pozarządowych działających na rzecz rodziny |  |
| Inne  |  |

1. **Pracownicy (co najmniej 3) zgłaszający pracodawcę do konkursu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko służbowe** | **Data rozpoczęcia pracy u zgłaszanego pracodawcy** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 *…………………………………………..…..*

 *Pieczątka i podpis osoby zarządzającej*

***Oświadczenie***

1. *Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Konkursu „Opolskie dla Rodziny”, organizowanym przez Zarząd Województwa Opolskiego i akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz wyrażam zgodę na udział ……………(nazwa pracodawcy)………….. w niniejszym konkursie.*
2. *Wszelkie informacje zawarte w Karcie Zgłoszenia pracodawcy do konkursu „Opolskie dla Rodziny” są prawdziwe i nie naruszają praw osób trzecich, w tym praw autorskich i osobistych.*
3. *Wyrażam zgodę na przetwarzanie w celach związanych z realizacją Konkursu „Opolskie dla Rodziny” wszelkich danych zawartych w Karcie Zgłoszenia, w tym danych osobowych przekazanych Organizatorowi Konkursu i wykorzystanie ich na potrzeby realizacji i promocji Konkursu.*

*Administratorem danych jest Marszałek Województwa Opolskiego.*

*Oświadczającemu przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania, a także prawo żądania zaprzestania przetwarzania danych.*

*…………………………………………..…..*

 *Pieczątka i podpis osoby zarządzającej*

***Dziękujemy za wypełnienie Karty Zgłoszenia!***