



سازمان ملی حل اختلافات کارگری

شماره پرونده:
تاریخ تکمیل فرم:

سازمان بهزیستی استان:
اداره بهزیستی شهرستان:

نمونه تعهدنامه

اینجانب، فرزند متولد شماره شناسنامه
با کد ملی مدیر عامل / رئیس / مالک شرکت / کارگزار
به شماره ثبت در رشته که از یارانه جبران کارایی معلولین
سازمان بهزیستی کشور بابت بکارگیری آنها/خاستم دارای معلولیت
پیرو بند می کردم، تعهد می نمایم ضمن رعایت مقررات و دستورالعملهای مربوطه موارد زیر را اقدام
نمایم:

- ۱- پرداخت حقوق و دستمزد نامبرده برابر قانون کار و ارائه استناد تأیید شده مربوطه بصورت ماهیانه
- ۲- ارائه مستندات پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایی تأیید شده توسط شعبه تأمین اجتماعی مربوطه
- ۳- بکارگیری توانخواه به مدت ۵ سال و اولویت ادامه اشتغال نامبرده پس از آن
- ۴- همکاری با کارشناسان سازمان بهزیستی مراجعه کننده به محل کار و معالجت خود و ارائه اطلاعات لازم به آنها و همچنین پاسخ به مکاتبات بهزیستی در اسرع وقت
- ۵- اعلام نشانی جدید خود به سازمان بهزیستی در صورت تغییر محل سکونت یا تغییر محل کار
- ۶- استرداد کلیه وجوه دریافتی و جبران کلیه خسارات و زیان وارده در صورت عدم رعایت تعهدات و یا ارائه اطلاعات یا اسناد خلاف واقع بدون حق هیچگونه ادعا و اعتراض

آدرس محل سکونت:

آدرس محل کار:

تلفن دسترسی قوری:

تاریخ:

امضاء

اتر انگشت:

صحت امضاء آقا / خانم مورد تأیید و گواهی این دفتر خانه می باشد.

محل مهر و امضاء دفتر خانه