



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

PROJETO DE LEI Nº 060/2021

SÚMULA: Cria o Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho” e dá outras providências.

**A CÂMARA DE VEREADORES DO
MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA, ESTADO DO
PARANÁ, APROVOU E EU PREFEITO
SANCIONO A SEGUINTE**

LEI:

Art. 1º. O Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho”, possui caráter assistencial e visa proporcionar qualificação profissional, ocupação e renda aos desempregados residentes neste Município.

§1º. O programa disponibilizará até 80 (Oitenta) vagas e proporcionará aos beneficiários:

- I. Quantia mensal de 01 (um) salário mínimo que será denominada “bolsa qualificação”, pelo período de até 06 (seis) meses, podendo ser prorrogado, a critério da Administração, sucessivamente, desde que o prazo total não ultrapasse 12 (doze) meses;
- II. Cursos de qualificação profissional, ministrado diretamente pelo Executivo Municipal, voluntários ou por entidades educacionais terceirizadas, cuja contratação fica desde já autorizada pela presente lei;

§ 2º. O beneficiário da bolsa qualificação somente poderá ocupar nova vaga neste programa após decorridos 06 (seis) meses do término do prazo estabelecido no inciso I, do parágrafo anterior, respeitada a lista de inscrição classificatória.

§ 3º. A participação efetiva no Programa não implica em reconhecimento de qualquer vínculo empregatício ou estatutário, não gera qualquer obrigação trabalhista ou previdenciária, em razão do seu caráter assistencial e de formação de qualificação profissional que constituem objeto do Programa aprovado por esta Lei.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

§ 4º. Poderá participar do Programa apenas um membro de cada grupo familiar, considerado esta como a unidade mononuclear que vivendo sobre o mesmo teto e cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes, desde que preencha os seguintes requisitos:

- I. Idade igual ou superior a 18 anos, desde que quite com a obrigação militar;
- II. Renda familiar per capita até 1/2 de salário mínimo;
- III. Que não tenha realizado estágio na estrutura da Administração Pública do Município de Califórnia nos últimos 06 (seis) meses a contar da data de inscrição no Programa;
- IV. Mais de 05 (cinco) meses de desemprego;
- V. Resida no Município de Califórnia no mínimo há 06 (seis) meses.
- VI. Não esteja recebendo benefícios previdenciários como aposentadoria, auxílio por incapacidade, auxílio acidente, pensão ou benefício de prestação continuada.
- VII. Possuir RG, CPF e Título de Eleitor;
- VIII. Estar quite com as obrigações eleitorais.

§ 5º. No caso de o número de alistamentos superar o de vagas, a preferência para participação no programa será definida mediante aplicação, pela ordem, dos seguintes critérios:

- I. Menor renda familiar per capita;
- II. Maior número de dependentes;
- III. Maior tempo de desemprego, comprovado em CTPS;
- IV. Maior número de pessoas desempregadas em idade laborativa no grupo familiar;
- V. Família com maior número de integrantes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos e superior a 60 (sessenta) anos;
- VI. Família com integrantes portadores de necessidades especiais ou doença crônica;
- VII. Não ter outra pessoa da família participando do presente Programa;
- VIII. Morar em residência alugada ou cedida, desde que devidamente comprovado.
- IX. Maior tempo morando no município;
- X. Sorteio



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

§ 6º. Os interessados inscritos integrarão a lista geral classificatória, em ordem crescente de inscrição e de acordo com os critérios estabelecidos no parágrafo anterior.

§ 7º. A jornada de atividade no Programa será de 40 (Quarenta) horas semanais, mais participação em curso de qualificação profissional ou alfabetização de ensino básico e também ao que não tem o 2º grau, estudos, capacitação em outras atividades a critério da coordenação do Programa.

§ 8º. Em caso de vacância no Programa, não haverá substituição em razão do andamento do curso de formação.

§ 9º. Nos casos de recondução, dentro dos critérios estabelecidos no Art. 1º, § 1º, inciso I, a Secretaria onde o beneficiário estiver alocado, deverá emitir Relatório de Avaliação (ANEXO V), indicando a recondução ou não do beneficiário no programa, não havendo necessidade de passar por avaliação social.

§ 10. O relatório de avaliação a ser emitido pela Secretária responsável, onde o beneficiário estiver alocado deverá ser entregue até o vigésimo quinto dia de cada mês na Secretaria de Assistência Social, para computo de vagas remanescentes no programa.

§ 11. Os beneficiários do Programa estarão sujeitos à avaliação sistemática e controle periódico, através do ponto eletrônico, sendo condição para o recebimento da bolsa qualificação a capacidade e assiduidade ao trabalho e nos cursos previstos no parágrafo 7º

§ 12. Os beneficiários serão excluídos do Programa nas seguintes hipóteses:

- I. Quando, convocado após seleção, não se apresentar para início das atividades;
- II. Quando não observar as normas estabelecidas pela Administração;
- III. Quando ausentar-se ou não comparecer injustificadamente às atividades que lhe forem designadas por 5 (cinco) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados.
- IV. Quando deixar de comparecer injustificadamente ao curso de qualificação por 2 (duas) vezes durante o mesmo mês;
- V. Quando adotar comportamento inadequado ao funcionamento do Programa;
- VI. Quando não mantiver os filhos em idade escolar matriculados e frequentando instituição de ensino regular.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

Art. 2º. A inscrição para o Programa será feita perante a Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Califórnia, que auxiliará o candidato no preenchimento da ficha de inscrição (ANEXO I).

§ 1º - Após o preenchimento da ficha de inscrição, o departamento de recursos humanos, deverá emitir a declaração de acordo com o anexo II, da presente Lei, após a Secretaria de Assistência Social, emitirá o Parecer Social e verificará se o candidato é apto ou não para participar do Programa (ANEXO III).

§ 2º - Todos os interessados terão direito a realizar a inscrição ao Programa, tendo que cumprir ~~que~~ todos os requisitos no momento da convocação; Caso estas não sejam cumpridas o candidato irá automaticamente para o fim da fila classificatória, devendo aguardar nova convocação.

Art. 3º. O Programa será coordenado pela Secretaria Municipal de Assistência Social, que emitirá parecer atestando o enquadramento ou não do inscrito nas regras do presente Programa e deverá arquivar todas as fichas e prontuários do Programa pelo período de 5 (cinco) anos, sob nenhuma hipótese os documentos originais do Programa poderão deixar a guarda da Secretaria de Assistência Social.

Art. 4º. Caberá a Secretaria de Assistência Social encaminhar todo dia 15 de cada trimestre (ou dia útil subsequente) para o Departamento de Recursos Humanos uma lista com os nomes de todos os inscritos no Programa que se encontram aptos a participar do mesmo.

Art. 5º. O Programa será gerido pela Secretaria de Assistência Social, que, após a emissão de parecer atestando aptidão para ingresso no programa, direcionará o inscrito para o local em que exercerá as funções e curso que participará.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

Art. 6º. As vagas do Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho”, se restringirá ao trabalhador desempregado, nos termos do Art. 1º, § 4º e 5º.

§ 1º. A comprovação de residência poderá ser feita por meio da apresentação de documentos, contrato ou declaração do titular do imóvel, com firma reconhecida.

§ 2º. Caso seja verificada qualquer irregularidade na documentação após a adesão ao programa, o candidato será imediatamente afastado do mesmo.

Art. 7º. A participação do beneficiário no Programa, em caráter eventual, será exercida mediante a celebração de termo de adesão (ANEXO IV), a ser firmado entre o Poder Público Municipal e o beneficiário, que poderá ser rescindindo unilateralmente a qualquer tempo, e, dar-se-á nas tarefas manuais que se destinem a atender os fins precípuos da presente lei e, especialmente, nos serviços de manutenção, limpeza, conservação e restauração:

- I. De bens públicos da Administração Municipal direta, autárquica ou fundacional;
- II. De bens de entidades assistência, sem fins lucrativos; e,
- III. De vias e logradouros públicos.

Art. 8º. Fica o Executivo Municipal autorizado a firmar convênios que se fizerem necessários à execução do Programa.

Art. 9º. As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações próprias do orçamento municipal.

Art. 10. Fazem parte integrante desta Lei os Anexos I a V.

Art. 11. Os inscritos que tiverem aderido ao Programa até a publicação desta lei, continuarão com seu termo de adesão vigente, quanto aos demais inscritos no programa e que ainda não aderiram ao mesmo deverão efetuar nova inscrição seguindo os critérios desta lei.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

Parágrafo Único: Não será possível aderir ao Programa inscritos que não fizeram nova avaliação com base nesta lei.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial as Lei Nº1878/2021 de 14 de setembro de 2021, publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná - Edição Nº 2349 de 15/09/2021.

Edifício da Prefeitura de Califórnia, aos 26 dias do mês de outubro de 2021.

PAULO WILSON MENDES
PREFEITO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PARA O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - “FRENTE DE TRABALHO”

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
TELEFONE		E-MAIL
Venho, respeitosamente, requerer minha inscrição no Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho”. Anexo ao presente requerimento, cópia dos seguintes documentos: RG, CPF, comprovante de residência e CTPS. Declaro ainda para os devidos fins e sob as penas da lei que não recebo provento, remuneração, pensão, benefício de prestação continuada, seguro-desemprego ou qualquer outra renda do Poder Público ou da iniciativa privada bem como estou ciente e de acordo com o fato deste Programa <u>possuir caráter assistencial, não gerando vínculo de emprego,</u> nem obrigações de natureza trabalhista, previdenciária, tributária ou outra afim. Por ser verdade firmo a presente. Califórnia/PR _____ de _____ de _____. _____ Assinatura do Inscrito		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO II

DECLARAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CALIFÓRNIA

Declaro para os fins de inscrição no Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho” que o Sr (a) _____ (nome do inscrito), portador de documento de identidade RG nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____ que:

() Não teve contrato de estágio firmado com o Município

() Teve contrato de estágio firmado com o Município no período de _____ a _____ (data, mês e ano).

() Jamais foi servidor publico no Município de Califórnia seja por contrato efetivo ou temporário

() Foi servidor público do Município no período de _____ a _____ (data, mês e ano).

() Jamais participou do Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho”

() Já participou do Programa de Qualificação ao Desempregado, denominado “Frente de Trabalho” no período de _____ a _____ (data, mês e ano).

Por ser verdade, firmo o presente.

Califórnia/PR _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Servidor do RH



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO III

PARECER SOCIAL (A SER PREENCHIDO APENAS PELA ASSISTENTE SOCIAL)

DADOS PESSOAIS		
NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
DATA DE NASCIMENTO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO: () FEM. () MASC.
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
TELEFONE		E-MAIL
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE:		
TEMPO DE DESEMPREGO	LOCAL DO ÚLTIMO TRABALHO	
ESTUDANTE () SIM () NÃO	JÁ PARTICIPOU DO PROGRAMA () SIM () NÃO	
ESCOLARIDADE () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR		
RECEBE SEGURO DESEMPREGO () SIM () NÃO	RECEBE APOSENTADORIA/PENSÃO () SIM () NÃO	
RECEBE BPC () SIM () NÃO	POSSUI ALGUM TIPO DE RENDA () SIM () NÃO	
POSSUI FILHOS MENORES DE 16 ANOS? () SIM () NÃO QUANTOS? _____	POSSUI FILHOS MAIORES DE 16 ANOS? () SIM () NÃO QUANTOS? _____	
OBSERVAÇÃO		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

CÔNJUGE

NOME DO CÔNJUGE

RG

CPF

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

() FEM. () MASC.

ESTUDANTE

() SIM () NÃO

PROFISSÃO

SITUAÇÃO LABORAL

() EMPREGADO () DESEMPREGADO

REND A VARIÁVEL

() SIM () NÃO

APOSENTADO/PENSIONISTA

() SIM () NÃO

SALÁRIO

COMPOSIÇÃO FAMILIAR (habitam na mesma casa)

NOME	DN/IDADE	SITUAÇÃO LABORAL	RENDA

ASPECTOS SOCIAIS DA FAMÍLIA - PROGRAMAS SOCIAIS

HÁ MEMBRO NA FAMÍLIA PESSOA COM DEFICIÊNCIA?

() SIM () NÃO QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA? _____

HÁ MEMBRO NA FAMÍLIA COM DOENÇA CRÔNICA?

() SIM () NÃO QUAL TIPO DE DOENÇA? _____

FAMÍLIA OU ALGUM MEMBRO RECEBE BENEFÍCIO DE TRANSFERENCIA DE RENDA? (bolsa família, BPC, família paranaense ou outro)

() SIM () NÃO QUAL? _____ VALOR R\$ _____

FAMÍLIA OU ALGUM MEMBRO RECEBE BENEFÍCIO EVENTUAL?

() SIM () NÃO

POSSUI CARTEIRA DE TRANSPORTE GRATUITO?

() SIM () NÃO QUAL? _____

OBSERVAÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ASPECTOS SOCIAIS DA FAMÍLIA - MORADIA

SITUAÇÃO DA MORADIA

() PRÓPRIA COM TITULARIDADE () PRÓPRIA SEM TITULARIDADE

() FINANCIADA VALOR DA PRESTAÇÃO R\$ _____

() ALUGADA VALOR DO ALUGUEL R\$ _____

TIPO DE CONSTRUÇÃO

() ALVENARIA () MADEIRA () MISTO () OUTRO

ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA MORADIA

() BOA () REGULAR () PÉSSIMA

LUZ

() SIM () NÃO

ÁGUA

() SIM () NÃO

REDE DE ESGOTO

() SIM () NÃO

FONTE DE ENERGIA

() PÚBLICA

() CLANDESTINA

ABASTECIMENTO

() PÚBLICA

() CLANDESTINA

() POÇO OU NASCENTE

TIPO DE ESCOAMENTO

() FOSSA RUDIMENTAR

() FOSSA SÉPTICA

() VALA COMUM

() CÉU ABERTO

() REDE DE ESGOTO

Nº DE QUARTOS

Nº DE BANHEIROS

Nº DE COMODOS

ASPECTOS LEGAIS

ESTÁ DESEMPREGADO?

() SIM () NÃO

TEMPO DE DESEMPREGO

RESIDE NO MUNICÍPIO HÁ MAIS DE 6

(SEIS) MESES? () SIM () NÃO

REDA FAMILIAR PER CAPTA

RECEBE PROVENTO, REMUNERAÇÃO, SEGURO-DESEMPREGO OU QUALQUER OUTRA RENDA DO PODER PÚBLICO OU DA INICIATIVA PRIVADA?

() SIM () NÃO

HÁ ALGUÉM DO NÚCLEO FAMILIAR PARTICIPANDO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - "FRENTE DE TRABALHO"?

() SIM () NÃO

PARTICIPA OU PARTICIPOU DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - "FRENTE DE TRABALHO"?

() SIM () NÃO HÁ QUANTO TEMPO? _____

OBSERVAÇÃO:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

PARECER SOCIAL

Considerando as informações prestadas pelo entrevistado durante o atendimento, bem como o conhecimento da situação de vulnerabilidade social do quadro familiar constatado através de visitas sociais dos técnicos, a assistente social que esta assina entende que o entrevistado:

() **Preenche os requisitos da lei do Programa De Qualificação Ao Desempregado - “Frente De Trabalho”, estando apto para ingressar no Programa.**

() **Não Preenche os requisitos da lei do Programa De Qualificação Ao Desempregado - “Frente De Trabalho”, não estando apto para ingressar no Programa.**

É o parecer.

Califórnia/PR, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo da Assistente Social

OBS: NÃO TERÁ VALIDADE ESTE PARECER SE NÃO CONSTAR A ASSINATURA E O CARIMBO DO PROFISSIONAL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO IV

TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO - “FRENTE DE TRABALHO”

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE/ESTADO	
TELEFONE	E-MAIL	
Venho por meio deste instrumento formalizar minha adesão e compromisso em participar do PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO AO DESEMPREGADO – FRENTE DE TRABALHO, comprometendo-me a participar e executar as atividades do Programa que visa proporcionar qualificação profissional, ocupação e renda aos desempregados residentes no Município de Califórnia/PR. Declaro que estou ciente que este Programa não se trata de emprego, não gerando qualquer tipo de vínculo ou obrigação trabalhista ou previdenciária, e sim um programa de qualificação pelo qual receberei a renda denominado “bolsa qualificação” no valor de 1 (um) salário mínimo pelo período de 6 (seis meses), podendo ser prorrogado uma única vez por igual período. Por estar ciente, firmo o presente. Califórnia, ____ de ____ de ____. _____ Assinatura do Aderente _____ Assinatura do Chefe do Poder Executivo		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

ANEXO V

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PARA RECONDUÇÃO AO PROGRAMA

NOME		
RG	CPF	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE/ESTADO	
TELEFONE	SECRETARIA EM QUE ESTÁ INSERIDO	
O ADERENTE CUMPRE ADEQUADAMENTE AS TAREFAS QUE LHE SÃO REPASADAS () SIM () NÃO		
O ADERENTE PARTICIPA DAS ATIVIDADES/CURSOS QUE LHE SÃO INDICADOS () SIM () NÃO		
O ADERENTE COLABORA COM O BOM ANDAMENTO DAS ATIVIDADES () SIM () NÃO		
O ADERENTE MANTÉM BOM RELACIONAMENTO COM COLEGAS DE PROGRAMA, SERVIDORES PÚBLICOS E POPULAÇÃO? () SIM () NÃO		
HÁ INTERESSE DA SECRETARIA EM RECONDUZIR O ADERENTE AO PROGRAMA () SIM () NÃO		
O ADERENTE JÁ FOI RECONDUZIDO ALGUMA VEZ? () SIM () NÃO QUANDO? _____		
Diante das informações acima , entende-se que o Aderente está () APTO () INAPTO Para ser reconduzido para o Programa de Qualificação ao Desempregado - “Frente de Trabalho”.		
ASSINATURA E CARIMBO REPRESENTANTE DA SECRETARIA		ASSINATURA E CARIMBO DO CHEFE DO PODER EXECUTIVO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

JUSTIFICATIVA

PROJETO DE LEI Nº 060/2021

Excelentíssimo Senhor Presidente
Nobres Vereadores

A Administração do Município de Califórnia vem utilizando todos os recursos necessários para dar continuidade ao bom atendimento da população local, em especial a geração de empregos, através de Frente de Trabalho.

Estamos enfrentando inúmeras dificuldades por falta de pessoal, nas mais diversas áreas e setores da Administração Pública.

Assim sendo abrimos período de inscrição para seleção de candidatos. Todavia de todos os inscritos muitos foram considerados inabilitados, conforme parecer social.

Está em vigor a Lei Nº 1878/2021 de 14 de setembro de 2021, publicada no Diário Oficial dos Municípios do Paraná - Edição Nº 2349 de 15/09/2021, a qual reza todas as regras para ingresso ao Programa.

Todavia para seleção dos candidatos esbarramos em diversos requisitos que os inabilitam.

Face ao acima expostos encaminhamos Projeto de Lei Nº 060/2021, que altera alguns dos requisitos, sendo:

- Artº 1º

§ 2º redução de 12 para 06 meses do término de contrato para novo ingresso ao Programa;

§ 4º inciso II – Aumento da renda per capita de 1/3 para até ½ salário mínimo;

Inciso III – redução de 12 para 06 meses o prazo de rescisão contratual de anterior período de prestação de serviços junto a Administração Pública;

Inciso IV – redução de 06 para 05 meses o tempo de desemprego;

Inciso V – redução de 12 para 06 meses o tempo de residência no município de Califórnia.

- Artº 2º

Acrescimento do § 2º.

Desta forma, a aprovação do presente Projeto de Lei é de suma importância para garantirmos a continuidade dos serviços públicos, garantindo assim a qualidade e continuidade dos serviços em todas as áreas da Administração Pública, que vem sendo extremamente demandada no atual momento, assim,



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CALIFÓRNIA

E-mail: pmcalifornia@uol.com.br

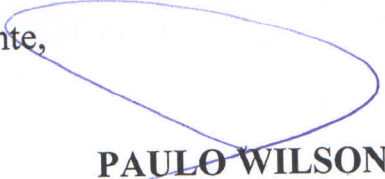
Rua 17 de dezembro, 149 – Caixa Postal 15 – Telefone (43) 3429-1242

FAX (43) 3429-1407 – CEP: 86820-000 – Estado do Paraná

REQUER-SE A TRAMITAÇÃO DO PRESENTE PROJETO DE LEI PELO REGIME DE URGÊNCIA EM SESSÕES EXTRAORDINÁRIAS.

Agradecendo desde logo a deferência da atenção desta ilustre Câmara Municipal, em observância ao princípio da legalidade, ao qual se acha adstrita a Administração encaminha-se o presente projeto para apreciação e aprovação.

Atenciosamente,


PAULO WILSON MENDES
Prefeito