Kościerzyna, dnia .....................................

**STAROSTA KOŚCIERSKI**

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W KOŚCIERZYNIE**

**Wniosek o dofinansowanie szkolenia ze środków PFRON**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko ...................................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ............................................................................................................................................**

**PESEL**(w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)**....................................................**

**Numer dokumentu tożsamości ..........................................................................................................................**

**Numer telefonu ...................................................................................................................................................**

**Nazwa Banku i numer konta bankowego (*należy załączyć dokument potwierdzający posiadanie własnego konta bankowego*) …………………………………………………………..…………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

**Wnoszę o skierowanie i sfinansowanie kosztów szkolenia .............................................................................**

**..............................................................................................................................................................................**

|  |
| --- |
|  |

**na podstawie: art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 100 ze zm.) w związku z art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 735) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 667)**

**lub**

|  |
| --- |
|  |

**art. 37 – 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 100 ze zm.) oraz § 10-14 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 926 ze zm.)\***

(\* właściwe proszę zaznaczyć)

**Uzasadnienie celowości szkolenia: ..............................................................................................................................................................................**

**..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**...............................................................................................................................................................................**

**...............................................................................................................................................................................**

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko ..................................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ..........................................................................................................................................**

**PESEL ................................................................................................................................................................**

**Numer dokumentu tożsamości .........................................................................................................................**

**Numer telefonu ...................................................................................................................................................**

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK**

**wstawić X w odpowiednim miejscu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | znaczny stopień niepełnosprawności ( I grupa ) |  |
| 2. | umiarkowany stopień niepełnosprawności ( II grupa) |  |
| 3. | lekki stopień niepełnosprawności ( III grupa ) |  |

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym: ................**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto\***, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **osiągnięty w roku kalendarzowym poprzedzający datę złożenia wniosku, wynosił……………………………….** **netto.**

**\*Miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym - jest to suma dochodów wszystkich osób w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy za wskazany rok podatkowy/kalendarzowy poprzedzający datę złożenia wniosku, podzielona na 12 miesięcy oraz na liczbę osób w gospodarstwie domowym.**

**INFORMACJE O PLANOWANYM SZKOLENIU**

**Nazwa szkolenia .................................................................................................................................................**

**Miejsce szkolenia ………………………………………………………………………………………………**

**Nazwa jednostki szkolącej…………………………………………………………………………………….**

**Planowany termin rozpoczęcia szkolenia …………..………………………………………………………**

**Przewidywany czas realizacji szkolenia……………………………………………………………………**

**Krótkie uzasadnienie wyboru instytucji szkoleniowej ...........................................................................................................................................................................**

**.............................................................................................................................................................................**

**............................................................................................................................................................................**

**.............................................................................................................................................................................**

**Przewidywany koszt realizacji szkolenia .................................................................................................. zł**

**Inne źródła dofinansowania szkolenia……………………………………………………………………..**

**Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację szkolenia do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania……………………………………………………………………**

**Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON……………………………………………zł**

**DOTYCHCZASOWE KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data przyznania dofinansowania** | **Numer zawartej umowy** | **Cel** | **Kwota** | **Stan rozliczenia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia:
   * o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (znaczny, umiarkowany, lekki) ,
   * o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
   * o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia,
   * niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na postawie art. 13 ust. 5 ustawy o rehabilitacji

zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,

o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 1 stycznia 1998r. (osoby, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, traktuje się jako zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności, pozostałe osoby traktuje się jako zaliczone do lekkiego stopnia niepełnosprawności).

1. w przypadku szkolenia wskazanego przez osobę niepełnosprawną uprawdopodobnienie, że szkolenie zapewni uzyskanie pracy,
2. kwestionariusz,
3. dokument potwierdzający posiadanie własnego konta bankowego.

**Oświadczenie:**

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dot. przetwarzania danych osobowych, która dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej Powiatowego Urzędu Pracy w Kościerzynie pod adresem (<https://pup-koscierzyna.bip.gov.pl/ochrona-danych-osobowych/klauzula-informacyjna.html>) oraz w siedzibie Urzędu.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L119 z 4 maja 2016 r.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
3. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: ,,Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 ”

**………………………………. ………………………………………..**

Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy, opiekuna

UWAGA: ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE OZNACZA ZAKWALIFIKOWANIA NA SZKOLENIE

**KWESTIONARIUSZ**

dla osoby zainteresowanej szkoleniem ................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

/nazwa szkolenia/

1. Nazwisko i imię .............................................................................................................................................
2. Imię ojca ........................................................................................................................................................
3. Data i miejsce urodzenia ................................................................................................................................
4. Adres zamieszkania .......................................................................................................................................
5. Stan cywilny ..................................................................................................................................................
6. Czy współmałżonek/rodzice\* pracują, czy są zarejestrowani w PUP jako bezrobotni/poszukujący pracy?

........................................................................................................................................................................

1. Czy są dzieci na wychowaniu? ............................................ jeżeli tak, ile? ..................................................
2. Nazwa i rok ukończenia szkoły .....................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

1. Zawód wyuczony ...........................................................................................................................................
2. Przebieg pracy zawodowej:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zakładu pracy / rodzaj własnej działalności gospodarczej | Stanowisko – rodzaj wykonywanych zadań (główne obowiązki) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Data ostatniej rejestracji w PUP ....................................................................................................................
2. Dodatkowe umiejętności i posiadane uprawnienia .......................................................................................

........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

1. Czy uczestniczył/a Pan/i w kursach organizowanych przez Urząd Pracy?

TAK\* NIE\*

1. Jeżeli tak, to proszę podać w jakich i kiedy? .................................................................................................

........................................................................................................................................................................

......................................................... ......................................................

/miejscowość i data/ /czytelny podpis/

.................................................. .................................... , dnia.....................

/pieczęć nagłówkowa/ /miejscowość/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O ZATRUDNIENIU**

1. DANE PRACODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| **PEŁNA NAZWA PRACODAWCY** |  |
| **ADRES SIEDZIBY PRACODAWCY** |  |
| **MIEJSCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI** |  |
| **TELEFON** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **NIP** |  |
| **FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA** |  |
| **RODZAJ DZIAŁALNOŚCI** |  |
| **OSOBA REPREZENTUJĄCA PRACODAWCĘ** |  |

1. **DEKLARACJA PRACODAWCY**

Oświadczam, że po ukończeniu przez Pana/nią ...................................................................................................

ur. ........................................ zam. ........................................................................................................................

szkolenia w zakresie .............................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

i udokumentowaniu nabytych kwalifikacji w wyniku szkolenia zobowiązuję się do jego/jej zatrudnienia w ramach umowy …………………….. przez okres co najmniej ....................miesięcy na stanowisku ………………………………………………………………………...…………………………………………

Planowany termin zatrudnienia w/w osoby .........................................................................................................

Moje zobowiązanie ważne jest w okresie do dnia ...............................................................................................

Oświadczam jednocześnie:

1. że obecnie zatrudniam w ramach umów o pracę ................... osób
2. oraz, że w związku z zamiarem zatrudnienia po ukończeniu szkolenia Pana/ni ………………………………………………………………………………………………………

posiadam / będę posiadał\*przygotowane dla tej osoby stanowisko pracy wyposażone w szczególności w następujące środki pracy (wymienić jakie np. rodzaj samochodu, maszyny, urządzenia, sprzętu i oprogramowania komputerowego, mebli biurowych itp.) ..........................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................

/pieczęć imienna i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentacji i składania

oświadczeń zgodnie z dokumentami rejestrowymi/

\* *niepotrzebne skreślić*

............................................ Kościerzyna, dnia .....................................

/imię i nazwisko /

............................................

/adres zamieszkania/

**DEKLARACJA**

**PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**

**Oświadczam, że zobowiązuję się rozpocząć własną działalność gospodarczą w zakresie**

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

/podać planowany zakres działalności/

**w terminie do 2 miesięcy od daty zakończenia szkolenia:**

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

/nazwa i zakres szkolenia/

**1.Krótki opis miejsca i rodzaju planowanej działalności gospodarczej:** .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**2. Planowany termin rozpoczęcia działalności gospodarczej**…………………………………………

**3. Czy kiedykolwiek prowadził(a) Pan(i) działalność gospodarcza? TAK / NIE\***

w okresie od .....................................do ...........................................

w okresie od .....................................do ...........................................

rodzaj prowadzonej działalności *(opis - dotyczy podziału na: usługi, produkcje, z podaniem zakresu rodzaju działalno*ś*ci, np. usługi remontowo-budowlane, produkcja, handel obuwiem itp.)*

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

**4. Działania podjęte na rzecz rozpoczęcia planowanej działalności:**

a) uzyskane pozwolenia, zaświadczenia, zezwolenia, certyfikaty itp.:...................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

b) odbyte kursy, szkolenia:...............................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

c) inne:…………………………………………………………………………………………………… ....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

........................................................................

/podpis wnioskodawcy/

\*niepotrzebne skreślić

Opinia doradcy zawodowego ...............................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................

/data i podpis/

Opinia pracownika ds. szkoleń ............................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................

/data i podpis/

Opinia Kierownika Działu ...................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................

/data i podpis/

Decyzja Starosty lub osoby przez niego upoważnionej .......................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................

/data i podpis/