Włoszczowa, dnia ...................................

**Powiatowy Urząd Pracy**

**we Włoszczowie**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO**

**DLA OSOBY BEZROBOTNEJ DO 30 ROKU ŻYCIA**

na podstawie art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach

rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2023r. poz. 735 ze zm.)

**I. Dane Wnioskodawcy (osoby bezrobotnej):**

1. Nazwisko ....................................................................Imię ..................................................................

2. PESEL …..............................................................................................................................................

3. Adres zamieszkania …..........................................................................................................................

Adres korespondencyjny …..................................................................................................................

4. Telefon kontaktowy …..........................................................................................................................

adres e-mail …......................................................................................................................................

5. Wykształcenie ......................................................................................................................................

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

(kierunek, specjalność, nazwa i rok ukończenia szkoły)

6. Zawód wyuczony …….........................................................................................................................

- wykonywany najdłużej ….................................................................................................................

- wykonywany ostatnio …………………...........................................................................................

7. Posiadane uprawnienia: .......................................................................................................................

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

8. Dodatkowe umiejętności: ……............................................................................................................

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

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

**II. Informacja o kosztach finansowanych w ramach bonu szkoleniowego**

1.KOSZTY SZKOLEŃ

1.1. Nazwa szkolenia: ……...................................................................................................................

Koszt szkolenia ……......................................................................................................................

Planowany termin szkolenia: ….....................................................................................................

Liczba godzin szkolenia: …............................................................................................................

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej …………...........................................................................

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

1.2. Nazwa szkolenia: ……...................................................................................................................

Koszt szkolenia ……......................................................................................................................

Planowany termin szkolenia: ….....................................................................................................

Liczba godzin szkolenia: …............................................................................................................

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej …………...........................................................................

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

2. KOSZTY BADAŃ LEKARSKICH I PSYCHOLOGICZNYCH

Całkowity koszt badań lekarskich i psychologicznych ……...........................................................

Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej badania lekarskie i psychologiczne ………...............

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

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

3. KOSZTY PRZEJAZDU NA SZKOLENIE

Oszacowane koszty przejazdu na szkolenie ....................................................................................

Opis trasy przejazdu na szkolenie

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

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

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

**Uwaga**: Koszty przejazdu na szkolenie zostaną wypłacone w formie ryczałtu.

**\* w przypadku ubiegania się o sfinansowanie w ramach bonu szkoleniowego kosztów dojazdu należy wypełnić odrębny wniosek stanowiący załącznik nr 3.**

4. ZAKWATEROWANIE (wypełnić w przypadku, gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania)

Oszacowany koszt zakwaterowania…..........................................................................................................

**Uwaga**: Koszty zakwaterowania uczestnika szkolenia zostaną wypłacone w formie ryczałtu.

**\* w przypadku ubiegania się o sfinansowanie w ramach bonu szkoleniowego kosztów zakwaterowania należy wypełnić odrębny wniosek stanowiący załącznik nr 4.**

**III. Uzasadnienie celowości przyznania bonu szkoleniowego**

*(w przypadku podjęcia pracy należy dołączyć do wniosku zał. nr 1 natomiast w przypadku zamiaru podjęcia działalności gospodarczej należy dołączyć do wniosku zał. nr 2 )*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informuję, że po ukończeniu wskazanego szkolenia zamierzam podjąć na okres co najmniej 3 miesięcy:

zatrudnienie \*

inną pracę zarobkową (umowa zlecenie)\*

działalność gospodarczą\*

\*właściwe podkreślić

**Uwaga!**

W przypadku kursów prawa jazdy, do wniosku należy dołączyć kserokopię aktualnie posiadanego prawa jazdy. Powiatowy Urząd Pracy może przyznać bon szkoleniowy uprawnionej osobie bezrobotnej, jeżeli uzasadni ona celowość tego szkolenia. Koszty wchodzące w skład bonu szkoleniowego w części finansowanej z Funduszu Pracy nie mogą przekroczyć 100% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu przyznania bonu szkoleniowego.

Instytucje szkoleniowe przeprowadzające szkolenia muszą posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa   
w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 2345) - Kodeks karny oświadczam,   
co następuje:

**\*\*Nie Brałam/em udziału** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 3 lat na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w:

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

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

(adres urzędu pracy)

w terminie: .................................................... nazwa szkolenia: ..................................................................

.............................................................................................. koszt szkolenia ……......................................

*Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy we Włoszczowie, zgodnie z ustawą z dnia   
10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), dla celów związanych   
z rozpatrywaniem wniosku, realizacją umowy, monitorowaniem realizacji szkolenia, jak   
i przeprowadzenia po ukończeniu szkolenia badań dotyczących skuteczności tej formy aktywizacji zawodowej.*

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

Data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

Do wniosku dołączam załączniki:

1. …..........................................................................................................................

2. ...............................................................................................................................

3. ...............................................................................................................................

\*\* niepotrzebne skreślić

**Wypełnia PUP**

**Opinia doradcy klienta –** w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi   
w indywidualnym planie działania (IPD):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………

...…………………………………….......

Data i czytelny podpis doradcy klienta

|  |
| --- |
| **Decyzja Dyrektora**   * **pozytywna** * **negatywna**   ........................................................................  Data i podpis Dyrektora PUP |

**Potwierdzenie odbioru bonu szkoleniowego:**

W dniu........................... Panu/Pani .................................................................... przekazano bon szkoleniowy o Nr ewidencyjnym ..................................................

Okres ważności bonu od …....................... do...............................

…………………………………………. ……………………………………….

podpis pracownika PUP wydającego bon czytelny podpis osoby bezrobotnej

Załącznik Nr 1

………………………….. ……………………………………………

pieczęć pracodawcy miejscowość, data

***Oświadczenie Pracodawcy***

***o zamiarze zatrudnienia osoby uprawnionej po zakończeniu szkolenia***

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

pełna nazwa pracodawcy

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

adres pracodawcy

Nr telefonu:...................................................

Fax:............................................................... REGON:...............................................................

Adres e-mail:................................................. PKD:....................................................................

Rodzaj prowadzonej działalności: ................................................................................................................................

Oświadczam gotowość do zatrudnienia Pana/i: ....................................................................................................   
 (imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia)

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

(adres zamieszkania, data urodzenia bezrobotnego)

na stanowisku: ….……………………….................................……….…………………….....................................

na okres co najmniej 3 miesięcy.

**Zatrudnienie nastąpi w ciągu 30 dni po ukończeniu szkolenia na podstawie skierowania do pracy wydanego**

**tej osobie w oparciu o ofertę pracy, niezwłocznie złożoną przez Pracodawcę do PUP we Włoszczowie  
po otrzymaniu telefonicznej informacji o ukończeniu szkolenia przez w/w osobę.**

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

Pieczęć i czytelny podpis pracodawcy

Załącznik Nr 2

**Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalnościgospodarczej   
po zakończeniu szkolenia**

Ja ................................................................................................................................................................…..

/imię i nazwisko/

zamieszkały/a: …………………………………………………………………………….............................

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

oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą zgodnie z poniższym opisem   
w okresie 3 miesięcy od dnia ukończenia wskazanego szkolenia:

………………………………………………………..………………………………………………………  
/nazwa szkolenia/

**OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA**

**1. Rodzaj działalności gospodarczej** (krótki opis zamierzonego przedsięwzięcia z podaniem zakresu rodzaju działalności):

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

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

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

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

**2. Adres, pod którym zamierzam prowadzić działalność gospodarczą :**

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

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

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

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

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

rodzaj prowadzonej działalności

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

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

**4. Kroki podjęte w kierunku planowanej działalności:**

1. uzyskane pozwolenia, zaświadczenia, zezwolenia, certyfikaty itp.

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

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

b) odbyte kursy szkolenia:

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

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

c) inne podjęte kroki

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

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

**5. Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej nie jest uzależnione od uzyskania jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej, o ile będę o nie występował/a.**

**6. Planowana data rozpoczęcia działalności gospodarczej**:…………………………

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

*\*- niepotrzebne skreślić*  (data i podpis wnioskodawcy)