



POWIATOWY URZĄD PRACY w ŻAGANIU

ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, tel. / fax: (+48)(68) 477-78-39 / 477-78-40 / 377-32-75
dyrektor tel. kom. 695-605-808, z-ca dyrektora tel. kom. 695-605-809
E-mail: pupzagan@pup.zagan.pl strona internetowa: www.zagan.praca.gov.pl
www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan



POWIATOWY URZĄD PRACY w Żaganiu

WNIOSEK o przyznanie bonu stażowego dla osoby bezrobotnej do 30 roku życia

Podstawa prawna:

- 1) Art. 66 I ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- 2) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko _____
2. PESEL _____ Seria i nr dowodu osobistego _____
3. Adres zamieszkania _____
4. Adres korespondencyjny _____
5. Numer telefonu _____ adres e-mail: _____
6. Wykształcenie _____
7. Zawód wyuczony _____
8. Zawód wykonywany _____
9. Posiadane uprawnienia, kwalifikacje, umiejętności _____

Wnioskuję o przyznanie bonu stażowego stanowiącego gwarancję skierowania do odbycia stażu u wskazanego pracodawcy na okres 6 miesięcy, o ile pracodawca zobowiąże się do zatrudnienia mnie na okres kolejnych 6 miesięcy po zakończeniu stażu na umowę o pracę w wymiarze co najmniej ½ etatu.

2. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRYZNANIA BONU STAŻOWEGO

3. NAZWA PRACODAWCY, U KTÓREGO PLANOWANE JEST ODBYWANIE STAŻU (osoba bezrobotna może wskazać pracodawcę na etapie wnioskowania o bon, jeżeli posiada taką wiedzę, w przeciwnym razie wpisać brak)

4. ZAWÓD LUB STANOWISKO, NA KTÓRYM BĘDZIE ODBYWANY STAŻ (jeśli osoba bezrobotna może wskazać zawód lub stanowisko na którym będzie odbywany staż, jeśli posiada taką wiedzę, w przeciwnym razie wpisać brak)

5. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i niezwłocznie poinformuję Powiatowy Urząd Pracy w Żaganiu o wszelkich zmianach danych określonych we wniosku,
2. **znana jest mi treść i spełniam warunki określone w art. 33 ust. 2c pkt 1) i 2) i art. 66l ustawy z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 poz. 149).**

Bon stażowy może zostać przyznany osobom bezrobotnym dla których ustalono II profil pomocy, (w uzasadnionych przypadkach osobom z I profilem pomocy) na podstawie indywidualnego planu działania.

6. ZAŁĄCZNIKI

- ☐ wstępny program stażu realizowanego w ramach bonu stażowego

/data/

(czytelny podpis osoby bezrobotnej)

ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU

1. OPINIA DORADCY KLIENTA

Dane dotyczące wniosku

Nr wniosku (w Syriuszu) _____

Wniosek kompletny ☐ tak ☐ nie / Wniosek złożony w terminie ☐ tak ☐ nie

Wezwano do uzupełnienia wniosku ☐ tak ☐ nie / Data uzupełnienia wniosku _____

Wniosek uzupełniono ☐ tak, w dniu _____ ☐ nie

Dane dotyczące wnioskodawcy:

Rejestracja: ☐ pierwsza ☐ ponowna / Data rejestracji _____

Ustalony profil pomocy _____

Wsparcie zgodne z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania (IPD) ☐ tak ☐ nie

Osoba spełnia kryteria do skierowania na staż w ramach bonu stażowego ☐ TAK ☐ NIE

Zgodność wnioskowanego wsparcia z zasadami przyznania bonu, w tym potwierdzenie celowości wydania bonu oraz uwagi (np. czy osoba nie posiada doświadczenia we wskazanym zawodzie, czy nie była zatrudniona u wnioskowanego pracodawcy, czy była aktywizowana w ramach subsydiowanych form wsparcia oraz czy wywiązała się z zobowiązań, itp.)

Szacunkowy koszt bonu _____, w tym:

- premia dla pracodawcy _____zł, ryczałt na przejazd za 6 miesięcy _____zł, badania lekarskie _____zł.

Możliwość finansowania ze środków _____

(data i podpis doradcy klienta)

2. INFORMACJA DZIAŁU FINANSOWO-KSIĘGOWEGO O POSIADANIU ŚRODKÓW NA BON STAŻOWY

- ☐ finansowanie ze środków _____
- ☐ brak środków

(data i podpis pracownika PUP)

3. INFORMACJA SPECJALISTY DS. PROGRAMÓW Z ZAKRESU KWALIFIKOWANIA SIĘ WNIOSKOWAWCY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

(data i podpis specjalisty ds. programów

4. OPINIA KIEROWNIKA CAZ O CELOWOŚCI PRYZNANIA BONU STAŻOWEGO

(data i podpis Kierownika CAZ)

5. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na przyznanie wnioskodawcy bonu stażowego

Uwagi

(data i podpis Dyrektora PUP)

WSTĘPNY PROGRAM STAŻU REALIZOWANEGO W RAMACH BONU STAŻOWEGO

1. Wymagania dotyczące kandydata - oczekiwania pracodawcy:

Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne _____

Poziom wykształcenia _____ kierunek _____

Kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu (uprawnienia i umiejętności) _____

Na wskazanym stanowisku wymagane są profilaktyczne badania lekarskie: tak ☐ nie ☐

jeśli tak to jakie (np. podstawowe, sanitarno - epidemiologiczne, wysokościowe, inne - jakie)

2. Nazwa zawodu lub specjalności

Kod (wg klasyfikacji zawodów) _____

3. Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego / Opis zadań wykonywanych przez bezrobotnego

[illegible]

Organizator oświadcza, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobie bezrobotnej samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

4. Dane opiekuna osoby objętej programem stażu w ramach bonu stażowego

- Imię i nazwisko _____
- Zajmowane stanowisko _____

Podpis i pieczęć Organizatora stażu

Akceptacja pracownika PUP