



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: ziza@praca.gov.pl pupzagan@pup.zagan.pl www.pup.zagan.pl
www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan



POWIATOWY URZĄD PRACY w Żaganiu

WNIOSEK O PRYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO DLA OSOBY BEZROBOTNEJ DO 30 ROKU ŻYCIA

Podstawa prawna:

Art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy tekst jednolity:

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko _____ 2. PESEL _____

3. Adres zamieszkania _____

4. Adres korespondencyjny _____

5. Numer telefonu _____ adres e-mail: _____

6. Wykształcenie _____

7. Zawód wyuczony _____

8. Zawód wykonywany _____

- Ostatnio _____
- najdłużej w okresie pracy zawodowej _____

9. Posiadane uprawnienia, kwalifikacje, umiejętności _____

10. Przyczyna ubiegania się o przyznanie bonu szkoleniowego (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

a) brak kwalifikacji zawodowych, jeżeli wnioskodawca nie posiada kwalifikacji do wykonywania jakiegokolwiek zawodu poświadczonego dyplomem, świadectwem lub innym dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu

b) konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji; jakich? _____

c) utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie; dlaczego? _____

d) inne (jakie?) _____

II. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA

1. Wnioskuje o przyznanie bonu szkoleniowego, który zamierzam przeznaczyć na sfinansowanie szkolenia pn.

2. wnioskuje/ nie wnioskuje* (niepotrzebne skreślić) o przyznanie ryczałtu za:

- przejazd na szkolenie,
 zakwaterowanie.

3. Łączna wnioskowana kwota bonu wynosi _____, w tym:

- koszt szkolenia _____
 Koszt badań lekarskich lub psychologicznych¹ w wysokości _____
 Koszt przejazdu na szkolenie² w wysokości _____
 Koszt zakwaterowania³ w wysokości _____

4. Planowany termin rozpoczęcia szkolenia _____

5. **C. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO** (uprawdopodobnienie przez wnioskodawcę podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej**** lub działalności gospodarczej)

D. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. **Oświadczam, że uczestniczyłem(a / nie uczestniczyłem(am))* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat.**
2. 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,

Załączniki:

Oświadczenie pracodawcy stanowiące uprawdopodobnienie uzyskania zatrudnienia po zakończeniu szkolenia lub oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej zgodnej z kierunkiem szkolenia

.....

/data/

(czytelny podpis osoby bezrobotnego)

¹ gdy badania są wymagane

² Kwota kosztów przejazdu na szkolenie wynosi odpowiednio do 100 zł – w przypadku szkolenia trwającego do 150 godzin, lub od 151 do 200 zł – w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin i będzie podlegać zwrotowi tylko w przypadku dojazdu na szkolenie poza miejsce zamieszkania.

³ Koszty zakwaterowania przysługują jeśli zajęcia odbywają się w miejscowości, której odległość od miejsca zamieszkania bezrobotnego wynosi co najmniej 80 km lub czas dojazdu do tej miejscowości i powrotu do miejsca zamieszkania środkami transportu zbiorowego przekracza łącznie co najmniej 3 godziny dziennie – w formie ryczałtu wypłaconego bezrobotnemu w wysokości: w przypadku szkolenia trwającego - do 75 godzin – do 550 zł, od 75 do 150 godzin – od 550 do 1100 zł, powyżej 150 godzin – od 1100 do 1500 zł.

Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy.

W związku z art.13 Rozporządzenia 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, zwanego dalej „RODO”, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żaganiu, ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu pracy w Żaganiu.
 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Krzysztof Sołtysiak, e-mail: iod@zagan.praca.gov.pl, tel.: 68 432 67 42.
 3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja zadań nałożonych na Administratora na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, akków wykonawczych i innych przepisów prawa, w związku z rejestracją i obsługą bezrobotnego, jak również osób poszukujących pracy oraz:
 - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w ramach wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze,
 - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w ramach wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym,
 - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w ramach realizacji umów, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy,
 - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO, jako niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej,
 - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, jako niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym.
 4. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych w uzasadnionych przypadkach albo na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
 5. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną i jednolitym rzeczowym wykazem akt.
 6. Podmiot przetwarzania ma prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
- Uwaga:**
- prawo do przenoszenia danych stosuje się, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, w myśl art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a lub na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b oraz przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany,
 - prawo do usunięcia danych nie ma zastosowania w zakresie w jakim przetwarzanie jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, któremu podlega Administrator, lub do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi.
7. Podmiot przetwarzania ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
 8. Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obligatoryjne (w szczególności ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz mającymi zastosowanie aktami wykonawczymi), a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Niepodanie danych wymaganych przepisami prawa skutkuje brakiem możliwości zarejestrowania osoby jako bezrobotnego i podjęciem dalszych działań przez Administratora.
 9. Dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie są profilowane.

1. OPINIA DORADCY KLIENTA

Dane dotyczące wniosku

Numer wniosku _____/_____/_____ Wniosek kompletny tak nie

Wezwano do uzupełnienia wniosku tak nie Termin na uzupełnienie wniosku _____

Wniosek uzupełniono tak, w dniu _____, nie

Dane dotyczące wnioskodawcy

Rejestracja pierwsza ponowna / Data rejestracji _____

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

Wnioskowany koszt bonu _____

Szkolenie prowadzi do zdobycia kwalifikacji i/lub kompetencji w zawodzie wskazanym jako deficytowy w powiecie żagańskim/ województwie lubuskim⁴ tak nie

Wnioskodawca posiada deklarację zatrudnienia tak nie

Wnioskowane wsparcie może zostać udzielone ze środków _____

Zgodność wnioskowanego wsparcia z zasadami przyznania bonu, w tym potwierdzenie celowości wydania bonu

(data i podpis doradcy klienta)

2. INFORMACJA POŚREDNIKA PRACY O ZAPOTRZEBOWANIU NA LOKALNYM RYNKU PRACY NA PRACOWNIKÓW POSIADAJĄCYCH UPRAWNIENIA ZGODNE Z WNIOSKOWANYM SZKOLENIEM.

(data i podpis pośrednika pracy)

3. OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO O POSIADANIU PREDYSPOZYCJI DO WYKONYWANIA ZAWODU (DOTYCZY ZAWODÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNYCH PREDYSPOZYCJI PSYCHOFIZYCZNYCH). W PRZECIWNYM WYPADKU WPISAĆ NIE DOTYCZY.

(data i podpis doradcy zawodowego)

⁴ w oparciu o dane wynikające z dokumentu „Barometr zawodów w powiecie żagańskim / województwie lubuskim

4. OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO O CELOWOŚCI SZKOLENIA, O CENIE RYNKOWEJ SZKOLENIA ORAZ SPEŁNIANIA PRZEZ OSOBĘ BEZROBOTNĄ WYMOGÓW FORMALNYCH DO SKIEROWANIA NA WSKAZANE SZKOLENIE

Osoba w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyła w szkoleniach organizowanych przez PUP tak nie

Jeśli tak, to koszty szkoleń kandydata na szkolenie przekraczają /nie przekraczają dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie kolejnych 3 lat.

Przewidywany koszt szkolenia wynosi _____, w tym:

- kwota należna instytucji _____
- Koszt badań lekarskich lub psychologicznych⁵ w wysokości _____
- Koszt przejazdu na szkolenie w wysokości _____
- Koszt zakwaterowania w wysokości _____

Orientacyjna liczba godzin szkolenia : _____

(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

5. INFORMACJA DZIAŁU FINANSOWO - KSIĘGOWEGO O POSIADANIU ŚRODKÓW NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW BONU SZKOLENIOWEGO

finansowanie ze środków _____

brak środków

(data i podpis pracownika PUP)

6. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam/nie wyrażam zgody na przyznanie wnioskodawcy bonu szkoleniowego w kwocie _____, w tym:

- koszt szkolenia _____
- Koszt badań lekarskich lub psychologicznych* w wysokości _____
- Koszt przejazdu na szkolenie w wysokości _____
- Koszt zakwaterowania w wysokości _____

(data i podpis Dyrektora PUP)

⁵ gdy badania są wymagane

pieczęć Pracodawcy

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

I. DANE PRACODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy

2. Miejsce prowadzenia działalności

3. Telefon _____

4. Adres e-mail _____

5. NIP _____

6. Osoba reprezentująca pracodawcę

II. UPRAWDOPODOBNIENIE ZATRUDNIENIA

Oświadczam, że zatrudnię Pana(ią) _____

w trakcie lub w terminie do 30 dni od daty ukończenia szkolenia lub uzyskania niżej wymienionych uprawnień na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na okres minimum 3 m-cy na stanowisku _____

Wymagane uprawnienia:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny.

data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentacji i składania oświadczeń

**OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ
O ROZPOCZĘCIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Imię i nazwisko _____

Oświadczam, że:

- 1) nie posiadam wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
- 2) zamierzam rozpocząć własną działalność gospodarczą w okresie do 14 dni od daty ukończenia szkolenia lub uzyskania uprawnień w zakresie

-
-
-
- 3) udokumentuję rozpoczęcie działalności dostarczając do Urzędu Pracy wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej.

data i podpis osoby składającej oświadczenie