## *Załącznik Nr 1 do Regulaminu organizowania i finansowania szkoleń w trybie indywidualnym*

**STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO**

**ZA POŚREDNICTWEM**

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY  
W ŁOSICACH**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ**

**na zasadach określonych w art. 41 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu 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);**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ A - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA** | | | | | | | |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | **Imię** | |  |
| **Adres zamieszkania** |  | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny** |  | | | | | | |
| **Nr telefonu** |  | | | | **e-mail** | |  |
| **PESEL** |  | | | | **Seria i numer dokumentu tożsamości (w przypadku cudzoziemców)** | |  |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (właściwe zaznaczyć poprzez  postawienie znaku X)** | 🗌 **TAK posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu:**  🗌 znacznym 🗌 umiarkowanym 🗌 lekkim | | | | | | |
| 🗌 **NIE posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** | | | | | | |
| **Poziom wykształcenia (właściwe zaznaczyć poprzez  postawienie znaku X)** | 🗌 podstawowe i poniżej 🗌 gimnazjalne 🗌 zasadnicze zawodowe  🗌 zasadnicze branżowe 🗌 średnie branżowe 🗌 średnie zawodowe  🗌 średnie ogólnokształcące 🗌 pomaturalne/policealne 🗌 wyższe | | | | | | |
| **Zawód wyuczony** |  | | | | | | |
| **Zawody wykonywane** |  | | | | | | |
| **Posiadane uprawnienia potwierdzone dokumentami  i dodatkowe umiejętności** |  | | | | | | |
| **Dotychczasowe uczestnictwo  w szkoleniach finansowanych przez Powiatowy Urząd Pracy  w Łosicach lub inny powiatowy urząd pracy (właściwe zaznaczyć poprzez  postawienie znaku X)** | **OŚWIADCZAM, ŻE W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT**  🗌 **NIE uczestniczyłem** w szkoleniu/szkoleniach finansowanym/ych ze środków Funduszu Pracy/EFS na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy  w Łosicach lub innego powiatowego urzędu pracy | | | | | | |
| 🗌 **TAK uczestniczyłem** w szkoleniu/szkoleniach finansowanym/ych ze środków Funduszu Pracy/ EFS na podstawie skierowania  ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  (podać pełną nazwę powiatowego urzędu pracy kierującego na szkolenie)  Nazwa szkolenia/szkoleń…………………………………………………………………………..............  ………………………………………………………………………………………………………………………………  Termin szkolenia/szkoleń od dnia ............................. do dnia ..................................  Koszt szkolenia/szkoleń ......................................................................................... zł  **Czy po ukończeniu wyżej wymienionego/ych szkolenia/szkoleń Wnioskodawca podjął pracę?:**  🗌 **TAK** na stanowisku …………………………………………………………………….……………………………………………………..…  🗌 **NIE** | | | | | | |
| **II. INFORMACJA O WYBRANYM PRZEZ WNIOSKODAWCĘ SZKOLENIU I WSKAZANEJ INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ** | | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia** | |  | | | | | |
| **Liczba godzin szkolenia** | |  | | | | | |
| **Planowany termin rozpoczęcia szkolenia** | |  | | | | | |
| **Planowany termin zakończenia szkolenia** | |  | | | | | |
| **Nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej\*\*** | |  | | | | | |
| **Miejsce realizacji szkolenia** | |  | | | | | |
| **Wysokość kosztów** | | **Koszt samego szkolenia** | |  | | | |
| **Koszt egzaminu**  **(jeżeli szkolenie kończy się egzaminem zewnętrznym)** | |  | | | |
| **Uzasadnienie wyboru instytucji szkoleniowej** | |  | | | | | |
| **III. UZASADNIENIE CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA WSKAZANE SZKOLENIE** | | | | | | | |
| **Uzasadnienie celowości skierowania  na wskazane szkolenie.**  **Z uzasadnienia ma wynikać wprost, że:**  **- ukończenie wnioskowanego szkolenia jest celowe;**  **- doprowadzi do podjęcia zatrudnienia;**  **- doprowadzi do podjęcia innej pracy zarobkowej;**  **- doprowadzi do rozpoczęcia własnej działalności gospodarczej**  **(właściwe zaznaczyć poprzez postawienie znaku X)** | | | 🗌 Po ukończeniu wskazanego szkolenia podejmę zatrudnienie/inną pracę zarobkową na stanowisku:  …………………………………………………………………………………………………  u następującego pracodawcy/przedsiębiorcy  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………..  **UWAGA:**  w przypadku zamiaru podjęcia zatrudnienia należy  do Wniosku dołączyć deklarację pracodawcy/przedsiębiorcy  o zatrudnieniu lub powierzeniu innej pracy zarobkowej osobie uprawnionej po ukończeniu szkoleniu | | | | |
| 🗌 Po ukończeniu wskazanego szkolenia rozpocznę własną działalność gospodarczą (proszę podać rodzaj działalności)  **……………………………………………………………………………………………..**  W tym celu podjąłem już następujące działania:  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  **UWAGA:** Należy do Wniosku dołączyć oświadczenie o podjęciu działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia | | | | |
| 🗌 Inne uzasadnienie celowości szkolenia w odniesieniu  do swojej sytuacji na rynku pracy  ………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **Do Wniosku załączam** | | | 🗌 Deklarację pracodawcy/przedsiębiorcy o zatrudnieniu  lub powierzeniu innej pracy zarobkowej osobie uprawnionej po ukończeniu szkolenia  🗌 Oświadczenie o podjęciu działalności gospodarczej  po ukończeniu szkolenia | | | | |
| **Informacje zawarte we Wniosku i dane zawarte w załączonych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne  ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania Wniosku.** | | | | | | | |
| .............................................................................................  *(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | | |
| **Jednocześnie Wnioskodawca zobowiązuję się do:**   1. niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni kalendarzowych powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie  od dnia złożenia Wniosku do dnia wydania skierowania na szkolenie przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia Wniosku; 2. niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni kalendarzowych poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy  w Łosicach w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych w niniejszym Wniosku, mających wpływ na realizację szkolenia; | | | | | | | |
| ..............................................................................................  *(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | | |
| **\* Złożenie Wniosku o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.**  **W przypadku Wniosku, który jest nieprawidłowo wypełniony, niekompletny lub nie zawiera wymaganych załączników Dyrektor wzywa osobę uprawnioną do jego uzupełnienia w terminie 7 dni kalendarzowych  od dnia otrzymania wezwania.**  **Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, w przypadku nieuzupełnienia lub niepoprawienia Wniosku  w wyznaczonym przez Dyrektora terminie.**  **O sposobie rozpatrzenia Wniosku Dyrektor informuje osobę uprawnioną w formie pisemnej w terminie  30 dni kalendarzowych od dnia złożenia kompletnego Wniosku.**  **Rozpoczęcie przez Wnioskodawcę szkolenia przed rozpatrzeniem Wniosku o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną będzie traktowane, jako rezygnacja z ubiegania się o finansowanie kosztów tego szkolenia ze środków Funduszu Pracy.**  **\*\* Instytucje szkoleniowe przeprowadzające szkolenia muszą posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej. Dyrektor zastrzega sobie prawo do wyboru innej instytucji szkoleniowej innej niż wskazana przez Wnioskodawcę.** | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ B. OPINIA PRACOWNIKÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH** | | | | | | | | |
| **I. OPINIA DORADCY KLIENTA, DOTYCZĄCA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA SZKOLENIE:** | | | | | | | | |
| **Skierowanie na szkolenie oraz jego realizacja:** | | | | | | 🗌 wynika z Indywidualnego Planu Działania | | |
| 🗌 nie wynika z Indywidualnego Planu Działania | | |
| **Zapotrzebowanie na rynku pracy na kwalifikacje,  które Wnioskodawca uzyska w wyniku szkolenia  w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku** | | | | | |  | | |
| **Możliwości skierowania Wnioskodawcy do pracy/podjęcia  przez Wnioskodawcę działalności gospodarczej bez uprzedniego przeszkolenia** | | | | | |  | | |
| ***(dotyczy osoby bezrobotnej)***  **Czy Wnioskodawca otrzymał w Powiatowym Urzędzie Pracy  w Łosicach ofertę/y odpowiedniej pracy?** | | | | | | 🗌 otrzymał  🗌 nie otrzymał | | |
| **Czy Wnioskodawca posiada kwalifikacje i umiejętności niedostosowane do potrzeb rynku pracy?** | | | | | | 🗌 posiada  🗌 nie posiada | | |
| **Czy Wnioskodawca korzystał z form wsparcia realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach w okresie ostatnich trzech lat:** | | | | | | 🗌 nie korzystał  🗌 korzystał z następujących form wsparcia:  1)  2)  3) | | |
| ***(dotyczy osoby bezrobotnej)***  **Czy Wnioskodawca w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie Wniosku odmówił bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, wykonywania prac społecznie użytecznych, prac interwencyjnych lub robót publicznych** | | | | | | 🗌 odmówił  🗌 nie odmówił | | |
| ............................................................ .................................................................................................  *(data) (pieczęć i podpis pracownika PUP w Łosicach*  *pełniącego funkcję doradcy klienta)* | | | | | | | | |
| **II. OPINIA SPECJALISTY DO SPRAW ROZWOJU ZAWODOWEGO,  DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI SKIEROWANIA NA SZKOLENIE:** | | | | | | | | |
| **Wnioskodawca jest zarejestrowany  w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łosicach jako** | | | 🗌 osoba bezrobotna od dnia .......................................................  🗌 osoba poszukująca pracy od dnia ............................................ | | | | | |
| **Status Wnioskodawcy na rynku pracy** | | | 🗌bezrobotny do 30 roku życia  🗌 bezrobotny długotrwale  🗌 bezrobotny powyżej 50 roku życia  🗌 bezrobotny korzystający ze świadczeń pomocy społecznej  🗌 bezrobotny posiadający, co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne  do 18 roku życia  🗌 bezrobotny niepełnosprawny  🗌 bezrobotny, nie będący w szczególnej sytuacji na rynku pracy  🗌 poszukujący pracy  🗌 poszukujący pracy opiekun osoby niepełnosprawnej | | | | | |
| **Spełnianie kryteriów ubiegania się o udział  w szkoleniu indywidualnym** | | | 🗌 Wnioskodawca spełnia kryteria  🗌 Wnioskodawca częściowo spełnia kryteria  🗌 Wnioskodawca nie spełnia kryteriów | | | | | |
| **Wskazane jest skierowanie Wnioskodawcy  na szkolenie w związku z** | | | 🗌 brakiem kwalifikacji zawodowych  🗌 koniecznością zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji  🗌 utratą zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie  🗌 brakiem umiejętności aktywnego poszukiwania pracy | | | | | |
| **Wnioskodawca w okresie ostatnich 3 lat** | | | 🗌 **nie uczestniczył** w szkoleniu/szkoleniach finansowanym/ych ze środków FP/EFS na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach,  🗌 **uczestniczył** w szkoleniu/szkoleniach finansowanym/ych  ze środków FP/EFS na podstawie skierowania  z Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach i łączna kwota środków FP/EFS przeznaczonych na pokrycie kosztów szkolenia/szkoleń wyniosła………………………………………………zł i:  **spełnia** wymagania określone w art. 109a ust 1 ustawy,  **nie spełnia** wymagań określonych w art. 109a ust 1 ustawy | | | | | |
| **PUP w Łosicach planuje organizację szkolenia grupowego o tym samym kierunku w bieżącym roku kalendarzowym** | | | 🗌 TAK  🗌 NIE | | | | | |
| **Zawód, który Wnioskodawca uzyska w wyniku szkolenia wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych** | | | 🗌 TAK  🗌 NIE | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca spełnia warunki kwalifikowania na wskazane przez siebie szkolenie, wynikające z przepisów odrębnych** | | | 🗌 spełnia  🗌 nie spełnia | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku był/nie był\* aktywizowany w ramach środków finansowych Urzędu:** | | | 🗌 był aktywizowany  🗌 nie był aktywizowany | | | | | |
| .................................................................... ……………….......................................................................................  *(data) (pieczęć i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)* | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. OPINIA ZESPOŁU DO SPRAW ROZPATRYWANIA I OPINIOWANIA WNIOSKÓW W RAMACH REALIZACJI PROGRAMÓW RYNKU PRACY W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W ŁOSICACH Z DNIA** | |
| **Biorąc pod uwagę warunki skierowania na szkolenie  (art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.  o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy), celowość ukończenia wskazanego szkolenia, działania ustalone w ramach Indywidualnego Planu Działania Zespół:** | 🗌 pozytywnie opiniuje Wniosek i finansowanie następujących kosztów szkolenia:  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **UZASADNIENIE** |
| 🗌 negatywnie opiniuje Wniosek  **UZASADNIENIE** |
| **Podpisy członków Zespołu do spraw rozpatrywania  i opiniowania wniosków w ramach realizacji programów rynku pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łosicach.** | Przewodniczący Zespołu  ………………………………………………………………………………………  Sekretarz  ………………………………………………………………………………………  Członek Zespołu  ……………………………………………………………………………………… |