***Załącznik Nr 1***

***do Regulaminu przyznawania***

***Bonu szkoleniowego***

**STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO**

**ZA POŚREDNICTWEM**

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH**

# WNIOSEK O PRZYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO\*

**na zasadach określonych w art. 66k 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 SZKOLENIU FINANSOWANYM W RAMACH BONU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | |
| **SZKOLENIE NR 1** | | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia** |  | | | | | | |
| **Zakres 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) | | | |  | | |
| **Koszty niezbędnych badań lekarskich i/lub psychologicznych** | | | |  | | |
| **Koszty przejazdu na szkolenie** | **Szacowany koszt przejazdu na szkolenie** | | |  | | |
| **Opis trasy przejazdu  na szkolenie** | | |  | | |
| **Koszty zakwaterowania**  **Uwaga:**  Koszty zakwaterowania uczestnika szkolenia zostaną wypłacone w formie ryczałtu, tj. kwoty pieniężnej na podstawie liczby godzin szkolenia, oświadczenia i analizy np. cennika hotelu. | | | |  | | |
| **SZKOLENIE NR 2** | | | | | | | |
| **Nazwa szkolenia** |  | | | | | | |
| **Zakres 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) | | | |  | | |
| **Koszty niezbędnych badań lekarskich i/lub psychologicznych** | | | |  | | |
| **Koszty przejazdu na szkolenie** | **Szacowany koszt przejazdu na szkolenie** | | |  | | |
| **Opis trasy przejazdu na szkolenie** | | |  | | |
| **Koszty zakwaterowania**  **Uwaga:**  Koszty zakwaterowania uczestnika szkolenia zostaną wypłacone w formie ryczałtu, tj. kwoty pieniężnej na podstawie liczby godzin szkolenia, oświadczenia i analizy np. cennika hotelu. | | | |  | | |
| **III. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRZYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | |
| **Uzasadnienie celowości skierowania  na wskazane szkolenie/szkolenia.**  **Z uzasadnienia ma wynikać wprost, że:**  **- ukończenie wnioskowanego/ych szkolenia/szkoleń 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/ych szkolenia/szkoleń 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 szkolenia/szkoleń – Załącznik Nr 1 do Wniosku | | | | |
| * Po ukończeniu wskazanego/ych szkolenia/szkoleń 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/szkoleń – Załącznik Nr 2 do Wniosku | | | | |
| * Inne uzasadnienie celowości szkolenia/szkoleń w odniesieniu do swojej sytuacji na rynku pracy   ……………………………………………………………………………………………….  ....................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………. | | | | |
| **Do Wniosku załączam** | | | * Deklarację pracodawcy/przedsiębiorcy o zatrudnieniu  lub powierzeniu innej pracy zarobkowej po ukończeniu szkolenia/szkoleń * Oświadczenie o podjęciu działalności gospodarczej  po ukończeniu szkolenia/szkoleń | | | | |
| **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/szkolenia 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/szkoleń; | | | | | | | |
| .............................................................................................  *(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | | |
| **\* Złożenie Wniosku o przyznanie Bonu szkoleniowego nie oznacza przyznania Bonu szkoleniowego i w związku  z tym skierowania na szkolenie/szkolenia.**  **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 niepoprawienia lub nieuzupełnienia 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 przyznanie Bonu szkoleniowego będzie traktowane jako rezygnacja z ubiegania się o finansowanie kosztów tego szkolenia ze środków Funduszu Pracy.**  **\*\* W ramach Bonu szkoleniowego Starosta finansuje bezrobotnemu jedno lub kilka szkoleń.**  **\*\*\* Instytucje szkoleniowe przeprowadzające szkolenia muszą posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ B. OPINIA PRACOWNIKÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH** | | | | | | | | | | |
| 1. **OPINIA DORADCY KLIENTA, DOTYCZĄCA CELOWOŚCI PRZYZNANIA WNIOSKODAWCY BONU SZKOLENIOWEGO:** | | | | | | | | | | |
| **Realizacja szkolenia/szkoleń w ramach Bonu szkoleniowego:** | | | | | | 🗌 wynika z Indywidualnego Planu Działania | | | | |
| 🗌 nie wynika z Indywidualnego Planu Działania | | | | |
| **Zapotrzebowania na rynku pracy na kwalifikacje, które Wnioskodawca uzyska w wyniku szkolenia/szkoleń 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: | | | | |
| *(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)* | | | | | | | | | | |
| 1. **OPINIA SPECJALISTY DO SPRAW ROZWOJU ZAWODOWEGO, DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI PRZYZNANIA WNIOSKODAWCY BONU SZKOLENIOWEGO:** | | | | | | | | | | |
| **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  🗌 poszukujący pracy opiekun osoby niepełnosprawnej | | | | | |
| **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 urzędu pracy  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. | | | | | |
| **Zawód, który Wnioskodawca uzyska w wyniku szkolenia wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych** | | | | | 🗌 TAK  🗌 NIE | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca spełnia warunki kwalifikowania na wskazane przez siebie szkolenie/szkolenia, wynikające  z przepisów odrębnych?** | | | | | 🗌 spełnia  🗌 nie spełnia | | | | | |
| **WNIOSEK ZOSTAŁ ZAREJESTROWANY W EWIDENCJI WNIOSKÓW O PRZYZNANIE BONÓW SZKOLENIOWYCH POD NR** | | | | | | | | | |  |
| .............................................................. ……………….......................................................................................  *(data) (pieczęć i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)* | | | | | | | | | | |
| 1. **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 działania ustalone w ramach Indywidualnego Planu Działania oraz uprawdopodobnienie przez osobę bezrobotną/poszukującą pracy\* podjęcia zatrudnienia, inne pracy zarobkowej  lub działalności gospodarczej Zespół:** | | | | 🗌 pozytywnie opiniuje Wniosek o przyznanie Bonu szkoleniowego i proponuje finansowanie następujących kosztów szkolenia:  **…………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..................**  **UZASADNIENIE** | | | | | | |
| 🗌 negatywnie opiniuje Wniosek o przyznanie Bonu szkoleniowego  **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  ………………………………………………………………………………………………........ | | | | | | |
| 1. **DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH** | | | | | | | | | | |
| **Po zapoznaniu się z treścią Wniosku  oraz biorąc pod uwagę opinię doradcy klienta, specjalisty ds. rozwoju zawodowego i Zespołu do spraw rozpatrywania wniosków w ramach realizacji programów rynku pracy  w Powiatowym Urzędzie Pracy  w Łosicach.** | | | * **przyznaję Bon szkoleniowy na finansowanie następujących kosztów szkolenia/szkoleń:**   **…………………………………………………………………………………………….……………**  **…………………………………………………………………….……………………………………** | | | | | | | |
| * **nie przyznaję Bonu szkoleniowego z powodu:**   **…………………………………………………………………………………………….……………**  **…………………………………………………………………….……………………………………**  **…………………………………………………………………….……………………………………** | | | | | | | |
| ...........................................................................................................  *(podpis Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach)* | | | | | | | | | | |
| **CZĘŚĆ C. POTWIERDZENIE ODBIORU I ZWROTU BONU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | | | | |
| **W dniu** |  | **wydano Panu/Pani**  (imię i nazwisko Wnioskodawcy) | | | | |  | | | |
| **Bon Szkoleniowy o Nr** | |  | | | | | | | | |
| ……………………..........................................................................  *(pieczęć i podpis pracownika wydającego Bon szkoleniowy)* | | | | | | | | | | |
| **Kwituję odbiór Bonu szkoleniowego o Nr** | | | | | | |  | | | |
| **Zobowiązuję się zwrócić Bon szkoleniowy wraz z ofertą szkoleniową/ofertami szkoleniowymi wybranej/wybranych instytucji szkoleniowej/szkoleniowych  w wyznaczonym przez Urząd terminie, tj. do dnia** | | | | | | | | |  | |
| ……………………........................................................................  *(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)* | | | | | | | | | | |
| **Bon szkoleniowy zwrócono w dniu** | | | | | | | |  | | |
| …………………………….........................................................................  *(pieczęć i podpis pracownika przyjmującego Bon szkoleniowy)* | | | | | | | | | | |