Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie
ul. Chopina 8
43-170 Łaziska Górne
Tel. 32 325 03 80
mikolow.praca.gov.pl e-mail: kami@praca.gov.pl

Nr sprawy:..... Łaziska Górne, dnia .....

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

Podstawa prawna art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2023 r. poz. 735 z późn. zm.)

Wnioskuję o przyznanie bonu szkoleniowego, w ramach którego zamierzam uczestniczyć w szkoleniu/ach z zakresu:
.....
.....
.....
.....

I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i Nazwisko: .....
2. Adres do korespondencji: .....
3. PESEL:[1] .....
4. Nr telefonu: .....
5. Adres e - mail: .....
6. Konieczność przeszkolenie wynika z Pana/i:

(proszę zaznaczyć krzyżykiem X)

[….] brak kwalifikacji zawodowych

[….] konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji

[….] Utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie

7. Dotychczasowy udział w szkoleniach.
Oświadczam, że:
[….] Nie uczestniczyłem/am* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat
[….] Brałem/am udział* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 3 lat
8. Informuję, że po ukończeniu wskazanego szkolenia zamierzam podjąć zatrudnienie na okres **co najmniej 3 miesięcy:**
[….] zatrudnienie/inną pracę zarobkową* *(załącznik nr 1)*
[….] działalność gospodarczą* *(załącznik nr 2)*

**** Zaznaczyć właściwe***

[1] w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

II. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRZYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO

np. - czy są oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia,
- czy istnieje konieczność zmiany lub podwyższenia kwalifikacji w powiązaniu z możliwością podjęcia zatrudnienia,
- czy nastąpiła utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie

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

III. INFORMACJA O KOSZTACH FINANSOWANYCH W RAMACH BONU SZKOLENIOWEGO

1.Zakres szkolenia: .....
.....
.....
.....
.....
Koszt szkolenia.....
Planowany termin szkolenia .....
Liczba godzin szkolenia .....
Nazwa i adres instytucji szkoleniowej.....
.....
.....

2. Badania lekarskie lub psychologiczne, które są niezbędne w celu podjęcia szkolenia:
.....

3. Oświadczam, iż w związku z uczestnictwem w szkoleniu poniosę koszty:
[….] dojazdu*
[….] zakwaterowania*

*** Zaznaczyć właściwe**

Uwaga!

Powiatowy Urząd Pracy może przyznać bon szkoleniowy osobie bezrobotnej, jeżeli uprawdopodobni ona podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. Bon szkoleniowy zostanie wydany o ile jego realizacja odbywa się zgodnie z ustaleniami Indywidualnego Planu Działania (IPD) oraz w ramach posiadanych środków na ten cel.
- Instytucje szkoleniowe przeprowadzające szkolenia muszą posiadać aktualny wpis do **Rejestru Instytucji Szkoleniowych,** który prowadzony jest przez wojewódzki urząd pracy,
- Rozpoczęcie szkolenia następuje na podstawie skierowania z urzędu pracy.
- W ramach bonu szkoleniowego starosta finansuje bezrobotnemu koszty:
a. jednego lub kilku szkoleń, w tym kosztów kwalifikacyjnego kursu zawodowego i kursu nadającego uprawnienia zawodowe – w formie wpłaty na konto instytucji szkoleniowej;
b. niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych – w formie wpłaty na konto wykonawcy badania;
c. przejazdu na szkolenia – w formie ryczałtu wypłacanego bezrobotnemu w wysokości:
- do 150 zł – w przypadku szkolenia trwającego do 150 godzin,
- powyżej 150 zł do 200 zł – w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin;
d. zakwaterowania, jeśli zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania – w formie ryczałtu wypłacanego bezrobotnemu w wysokości:
a) do 550 zł – w przypadku szkolenia trwającego poniżej 75 godzin,
b) powyżej 550 zł do 1100 zł – w przypadku szkolenia trwającego od 75 do 150 godzin,
c) powyżej 1100 zł do 1500 zł – w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin.

III. WSTĘPNA DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIA

Bezrobotnemu w okresie odbywania szkolenia, na które został skierowany przez starostę, przysługuje **stypendium** finansowane ze środków Funduszu Pracy. Wysokość stypendium wynosi miesięcznie 120% zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 i ust. 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, jeżeli miesięczny wymiar godzin szkolenia wynosi co najmniej 150 godzin; w przypadku niższego miesięcznie wymiaru godzin szkolenia wysokość stypendium ustala się proporcjonalnie, z tym że stypendium nie może być niższe niż 20% zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 i ust. 6 ww. ustawy.

UWAGA! Jeśli bezrobotny jest uprawniony w tym samym okresie do stypendium oraz zasiłku – przysługuje mu prawo wyboru świadczenia.

Deklaruję, iż w przypadku zakwalifikowania mojej osoby na szkolenie wybieram świadczenie w postaci:

☐ Stypendium

☐ Zasiłku

……
/podpis Wnioskodawcy/

Załącznik nr 1

IV. WYPEŁNIA PRACODAWCA

……
(miejscowość i data)

…… ……..
(pieczątka Pracodawcy)

Powiatowy Urząd Pracy
w Mikołowie

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ PO PRZESZKOLENIU

Pracodawca……

oświadcza, że zatrudni osobę bezrobotną – Pana/ią ……

zamieszkałego/ą w……

na stanowisku……

Miejsce wykonywania pracy bezrobotnego po szkoleniu ……

Forma umowy:

a) O pracę w ……wymiarze czasu, na czas określony na okres:……
(miesięcy/nieokreślony)

b) Zlecenie, na okres ……

Warunkiem zatrudnienia w/w osoby jest ukończenie szkolenia zgodnie z wnioskiem:

(nazwa szkolenia)……

Pracodawca gwarantuje, że zatrudnienie nastąpi na podstawie umowy o pracę, na okres minimum 3 miesięcy, w ciągu 30 dni od ukończenia szkolenia jednak nie później niż do 2 miesięcy od ukończenia szkolenia.

<u>Osoba do kontaktu z PUP:</u>

Imię i nazwisko ……

E-mail …… Nr telefonu ……

……
(pieczątka i podpis)

Oświadczam, że zobowiązuję się do podjęcia zatrudnienia po szkoleniu u ww. pracodawcy.

……
(data i podpis kandydata na szkolenie)

Klauzula informacyjna dla Pracodawcy

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE Z dnia 04.05.2016 r. L 119/1), dalej jako „RODO", Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych przy ul. Chopina 8 informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych przy ul. Chopina 8, dalej zwanym jako „ADO". Administrującym danymi osobowymi w imieniu PUP w Mikołowie jest Dyrektor PUP w Mikołowie, tel. kontaktowy: 32/325-03-70, e-mail: sekretariat@pup-mikolow.pl.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel. kontaktowy: 32/325-03-77, e-mail: iod@pup-mikolow.pl.
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji wniosku o przyznanie bonu szkoleniowego.
4. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres wynikający z prawa wewnętrznego ADO - Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz niezbędne do realizacji powyższego celu, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, a w przypadku danych na których podanie wyraził/a Pan/Pani zgodę przysługuje również Pani/Panu prawo ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
7. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Ewentualnymi odbiorcami danych będą wyłącznie instytucje upoważnione z mocy prawa.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.
9. Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

…….....

(data, czytelny podpis osoby otrzymującej klauzulę informacyjną)

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Ja,.....

zamieszkała/ły.....PESEL.....

tel. kontaktowy.....

Oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą w okresie 2 miesięcy od dania ukończenia wnioskowanego szkolenia: ….....

….....

(nazwa szkolenia)

zgodnie z opisem planowanego przedsięwzięcia. Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej nie jest uzależnione od uzyskania jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej z Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie.

OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA

Osoby deklarujące otwarcie własnej działalności gospodarczej opisują planowane przedsięwzięcie wg następujących wytycznych:

1. Rodzaj działalności gospodarczej jaki chce Pan/Pani podjąć

Proszę opisać rodzaj działalności i branżę w jakiej chce Pan/Pani działać, jakie produkty/usługi będą sprzedawane, dlaczego taki rodzaj działalności został przez Pana/Panią wybrany.

……

……

……

……

……

……

2. Klienci

Proszę opisać kto będzie klientem (w tym obszar działania firmy i charakterystyka klienta z tego obszaru), jak oszacowano potencjalną liczbę klientów, dlaczego mają być zainteresowani Pana/Pani produktem/usługą. Skąd czerpie Pan/Pani wiedzę w tym temacie.

……

……

……

……

……

……

3. Konkurenci

Proszę opisać czy na rynku działają firmy konkurencyjne, jaka jest skala konkurencji, jakie jest wg. Pana/Pani zagrożenie ze strony konkurencji. Skąd czerpie Pan/Panie wiedzę w tym temacie.

……

……

……

……

……

……

4. Plan inwestycyjny

Proszę opisać jakie zasoby (nieruchomości, sprzęt, środki transportu, materiały, towar, środki pieniężne, itp.), pozwolenia, zezwolenia są niezbędne oraz jak je Pan/Pani pozyska.

……

……

……

……

……

……

5. Dochody

Proszę opisać jakie dochody przyniesie działalność gospodarcza i jak je oszacowano.

……

……

……

……

……

……

6. Jak ukończenie wnioskowanego szkolenia wpłynie na planowaną działalność gospodarczą?

……

……

……

……

……

……

……

……

/podpis Wnioskodawcy/

V. WYPEŁNIA PRACOWNIK POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

1. **Osoba zarejestrowana w urzędzie pracy:**

   [….] TAK

   [.....] NIE

2. **Wniosek zawiera uprawdopodobnienie zatrudnienia lub oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej:**

   [.....] TAK

   [.....] NIE

3. **Wniosek zostaje przekazany do oceny merytorycznej :**

   [.....] TAK

   [.....] NIE

4. **Wartość szacunkowa szkolenia zawierająca m. in. kwotę szkolenia, badania lekarskie, zwrot kosztów przejazdu:** ……..

……..…….

(data i podpis Specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

I. Opinia Pośrednika pracy i/lub Doradcy zawodowego:

1. **Wykształcenie:**…….
2. **Zawód wyuczony:**…….
3. **Zawód wykonywany:**…….
4. **Czy jest konieczność przeszkolenia?**

   [….] TAK

   [….] NIE

   W przypadku odpowiedzi twierdzącej :

   a. **Ocena pod względem celowości szkolenia na podstawie art.40 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:**

      [.....] brak kwalifikacji zawodowych

      [.....] konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji

      [……] utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie

   b. **Ocena rynku pracy pod szkolenie:**

      [.....] dostępność ofert pracy

      [.....] wymagania pracodawców

Analiza wniosku pośrednika pracy i/ lub doradcy zawodnego

……

……

……

……

Przyznanie bonu szkoleniowego zgodne z IPD

TAK: [….]

NIE: [….]

…….

(data i podpis Pośrednika pracy/ Doradcy zawodowego)

II. Ostateczna decyzja:

ZATWIERDZAM/ NIE ZATWIERDZAM

……..
……
……
……
……
……

……..

(data i podpis Dyrektora)