

 **POWIATOWY URZĄD PRACY**

**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

**ul. Bohaterów Monte Cassino 38, 23-400 Biłgoraj**

tel. (84) 685-00-00, fax (84) 686-16-71 www.bilgoraj.praca.gov.pl, e-mail: pupbilgoraj@pupbilgoraj.pl

***Wniosek osoby niepełnosprawnej o skierowanie na szkolenie indywidualne ze środków PFRON***

## Wypełnia osoba uprawniona

...............................................…… .....................................................

***imi***ę ***i nazwisko Wnioskodawcy Nr PESEL\*\****

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

***adres zamieszkania nr telefonu***

…………………………………… …………………………………

w*ykształcenie, zawód wyuczony zawód ostatnio wykonywany*

*……………………………………………………………………………………………………..*

*posiadane uprawnienia i umiej*ę*tno*ś*ci*

Proszę o skierowanie na szkolenie w zakresie:

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

 (nazwa szkolenia wskazanego przez Wnioskodawcę)\*

**Uzasadnienie celowości szkolenia:**

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

**Stopień niepełnosprawności i symbol schorzenia:** …………………………………………………………………………………………………………(do wniosku należy dołączyć kserokopię orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

Biłgoraj, dnia ................................... ……………….............................................

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

*\* Wnioskodawca może załączyć do wniosku o skierowanie na wskazane przez siebie szkolenie informacje dotyczące nazwy i terminu szkolenia oraz nazwy i adresu wskazanej instytucji szkoleniowej, kosztu szkolenia oraz inne informacje o wskazanym szkoleniu, które bezrobotny uzna za istotne.*

*\*\*w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.*

***WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY***

|  |
| --- |
| **Opinia doradcy klienta** w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w indywidualnym planie działań.**:** pozytywna □ negatywna □  |
| **Uzasadnienie** (zgodność z założeniami IPD):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Data:……………………..  ………………………………………... (podpis i pieczęć doradcy klienta) |
| **Opinia doradcy zawodowego** o celowości skierowania kandydata, preferowanym kierunku szkolenia oraz predyspozycjach do wykonywania zawodu, który osoba uzyska w wyniku szkolenia:pozytywna □ negatywna □ |
| **Uzasadnienie:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Data:……………………..  ………………………………………... (podpis i pieczęć doradcy zawodowego) |

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Biłgoraju dotycząca sposobu rozpatrzenia wniosku:**

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

 ………..............................................................

 *(data i podpis Dyrektora PUP w Biłgoraju)*

*Załącznik nr 1 do wniosku o skierowanie na szkolenie indywidualne*

**Deklaracja zatrudnienia przez pracodawcę**

**Wypełnia pracodawca**

 ……………dnia………………..

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

 ***pieczęć pracodawcy***

Ja niżej podpisany.............................................................................................................

oświadczam, że deklaruję powierzyć Panu/Pani ........................................................................

zamieszkałemu/łej .................................................................................................................................

………………….……………………………………………………………………………………..

wykonywanie pracy na stanowisku ...................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

po ukończeniu przez w/w szkolenia w zakresie ...................................................................................

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

w terminie do 30 dni od ukończenia szkolenia/nabycia uprawnień\* na okres co najmniej
**3 pełnych miesięcy** i przybrać formę :

1) umowy o pracę w wymiarze ½ etatu,

2) umowy zlecenie, na której osoba będzie osiągała wynagrodzenie z tytułu jej wykonywania
w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę brutto, od którego odprowadzane będą składki na ubezpieczenie społeczne.\*

*Wywiązanie się z deklaracji zatrudnienia przez pracodawcę po ukończeniu szkolenia nie może mieć formy stażu, prac interwencyjnych, refundacji „50+” ani zatrudnienia na „wyposażone lub doposażone stanowisko pracy”.*

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

*\** niepotrzebne skreślić

 *(podpis i pieczęć pracodawcy)*

Załączniki:
do deklaracji należy dołączyć aktualny dokument stanowiący podstawę prawną funkcjonowania pracodawcy w formie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem w przypadku, gdy nie jest to wpis do KRS lub CEiDG.

*Załącznik nr 2 do wniosku o skierowanie na szkolenie indywidualne*

**Deklaracja podjęcia działalności gospodarczej**

 ……………dnia………………..

Oświadczenie

Ja niżej podpisany.............................................................................................................

oświadczam, że w ciągu 30 dni po ukończeniu szkolenia/nabyciu uprawnień

zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą.

 …………………………………..

 podpis osoby składającej oświadczenie