Powiatowy Urząd Pracy w Bełchatowie
ul. Bawełniana 3, 97 – 400 Bełchatów

Bełchatów, dnia .....

.....
(data wpływu wniosku do PUP)

POWIATOWY URZĄD PRACY
W BEŁCHATOWIE

WNIOSEK OSOBY UPRAWNIONEJ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2024 poz. 475), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2024 poz. 44) 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)

☐ **osoba bezrobotna***
☐ **osoba bezrobotna niepełnosprawna** – wymagane jest zaświadczenie lekarskie dotyczące możliwości uczestnictwa w szkoleniu*
☐ **opiekun osoby niepełnosprawnej**[1] poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu lub niewykonujący innej pracy zarobkowej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów*

* **właściwe zaznaczyć**

I. DANE DOTYCZĄCE OSOBY UPRAWNIONEJ

1. Nazwisko.....Imię.....

2.PESEL .....Seria i Nr dowodu osobistego ….....

W przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość…….....

3. Adres zamieszkania ..... Nr tel. .....

4. Wykształcenie .....
(kierunek, specjalność, nazwa i rok ukończenia szkoły)

5. Zawód wyuczony .....

6. Stanowiska pracy zajmowane w przebiegu pracy zawodowej.....
.....
……..

7. Posiadane uprawnienia.....
.....

[1] opiekun osoby niepełnosprawnej, tj. osoba będąca członkiem rodziny, w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz. U. z 2023 r., poz. 1923), opiekująca się dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji lub osobą niepełnosprawną ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

8. Dodatkowe umiejętności.....

…….....…

II. INFORMACJA O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU[2]

●*WNOSZĘ O ZAKWALIFIKOWANIE NA SZKOLENIE:*

…….....

…….....
(nazwa szkolenia)

● *SFINANSOWANIE KOSZTÓW ww. SZKOLENIA*

II. 1. UZASADNIENIE CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA WSKAZANE SZKOLENIE:

…….....

…….....

…….....…

…….....

…….....

…….....…

OŚWIADCZAM, ŻE W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT:*

☐ uczestniczyłem/am w szkoleniu/ach finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy, na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w …….....
(adres urzędu pracy)

w terminie - .....(wskazać rok ukończenia szkolenia)

nazwa szkolenia - …….....…….....

koszt szkolenia - .....….....

☐ nie uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy, na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w Bełchatowie, ani w innym urzędzie pracy na terenie kraju

*** właściwe zaznaczyć**

Dane powyższe podałem/ łam zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

……..
(data i podpis osoby uprawnionej)

Uwaga

1) złożenie wniosku nie oznacza wyrażenia zgody na sfinansowanie szkolenia,
2) osoba uprawniona, o której mowa w art. 40 ust. 3 ustawy, może załączyć do wniosku o skierowanie na szkolenie informacje o wybranym przez siebie szkoleniu, uwzględniające:
   a) nazwę i termin szkolenia oraz nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej;
   b) koszt szkolenia oraz inne istotne informacje;
   c) inne informacje o wskazanym szkoleniu, które osoba wnioskująca uzna za istotne.

[2] Powiatowy Urząd Pracy może skierować osobę uprawnioną na wskazane przez nią szkolenie, jeżeli uzasadni ona celowość skierowania na szkolenie, a koszt szkolenia w części finansowanej z Funduszu Pracy nie przekroczy 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku .