



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 2025 poz. 214 z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2024 poz. 44 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).

- ☐ **osoba bezrobotna\***
- ☐ **osoba bezrobotna niepełnosprawna** – wymagane jest zaświadczenie lekarskie dotyczące możliwości uczestnictwa w szkoleniu\*
- ☐ **opiekun osoby niepełnosprawnej**<sup>1</sup> 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 .....

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

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

4. Wykształcenie .....  
(kierunek, specjalność, nazwa szkoły)

5. Zawód wyuczony .....

6. Posiadane uprawnienia.....

7. Dodatkowe umiejętności.....

<sup>1</sup> 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 2024 r., poz. 1829), 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.

## II. INFORMACJA O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU<sup>2</sup>

1. Wnoszę o zakwalifikowanie na szkolenie:

.....  
.....  
(nazwa szkolenia)

2. Uzasadnienie celowości skierowania na wskazane szkolenie<sup>3</sup>:

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

## III. OŚWIADCZENIE

**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/ łaam zgodnie z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Powiatowego Urzędu Pracy w Bełchatowie w sprawie korzystania z usług szkoleniowych.***

.....  
(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.

<sup>2</sup>

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> W uzasadnieniu należy wskazać czy istnieje konieczność uzyskania, zmiany, podwyższenia kwalifikacji zawodowych, lub czy wskutek utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie konieczne jest przekwalifikowanie zawodowe.

#### **IV. WYPEŁNIA PRACOWNIK POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W BEŁCHATOWIE**

##### **1. Informacja pośrednika pracy/doradcy klienta**

a) zasadność skierowania na szkolenie wskazane.....

.....  
.....

b) czy wnioskodawca korzystał z form wsparcia Powiatowego Urzędu Pracy.....

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

.....  
data i podpis doradcy klienta

##### **2. Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego.**

a) Wnioskodawca spełnia/ nie spełnia kryteria udziału w szkoleniu zgodnie z art. 109 a ust 1 ustawy:\* **TAK NIE**

b) Szacunkowy koszt proponowanego szkolenia .....

d) Konieczność skierowania na badania lekarskie/psychologiczne:\* TAK / NIE

.....  
data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

#### **V. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

☐ Wyrażam zgodę\* na sfinansowanie kosztów szkolenia

☐ Nie wyrażam zgody\* na sfinansowanie kosztów szkolenia

.....  
(data, podpis Dyrektora/Zastępcy Powiatowego Urzędu Pracy)

\* właściwe zaznaczyć