............................................... (data)

**Starosta Moniecki**

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

WNIOSEK O PRZYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO

DLA OSOBY BEZROBOTNEJ DO 30 ROKU ŻYCIA

Na podstawie art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.) **wnioskuję o przyznanie bonu szkoleniowego** stanowiącego gwarancję skierowania do odbycia szkolenia.

1. DANE WNIOSKODAWCY:

1. Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………………………………………..

2. PESEL …………………………………………………………………………………………………………………………

3. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………………………

4. Adres do korespondencji …………………………………………………….………….…………………………

5. Nr telefonu ………………………………………………………………………………………………………………..

1. UZASADNIENIE PRZYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO:

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

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

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

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

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

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

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

1. **DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA / SZKOLEŃ ORAZ ICH KOSZTU**

**Szkolenie 1:**

1. Instytucja szkoleniowa (nazwa i adres) ……………………………….......................………….

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

1. Nazwa szkolenia………………………………………….................................…………………………
2. Ilość godzin szkolenia …………………………….............................………………………..……….
3. Planowany termin szkolenia ……………..........................…………………………….……………
4. Miejsce szkolenia ………………………………................................…………………………….……
5. Koszt szkolenia ………………………………….................................………………….………………

**Szkolenie 2:**

1. Instytucja szkoleniowa (nazwa i adres) ………….....................………………………………….

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

1. Nazwa szkolenia …………………………………………................................…………………………
2. Ilość godzin szkolenia ………………………………….............................…………………..……….
3. Planowany termin szkolenia …………………………….........................…………….……………
4. Miejsce szkolenia ………………………………………...............................…………………….……
5. Koszt szkolenia …………………………………................................………………….………………
6. **DANE DOTYCZĄCE KOSZTU PRZEJAZDU NA SZKOLENIE**

*(należy wypełnić w przypadku, gdy szkolenie odbywa się poza miejscem zamieszkania)*

 Oświadczam, że w okresie odbywania szkolenia od ……........……… do ………..…...…….

(szkolenie trwające ……………… godz.) w ramach bonu szkoleniowego będę dojeżdżał/a z miejsca zamieszkania do miejsca odbywania szkolenia.

* szacowany koszt przejazdu ……………………………….…………………. zł
1. **DANE DOTYCZĄCE KOSZTU ZAKWATEROWANIA**

*(należy wypełnić w przypadku, gdy szkolenie odbywa się poza miejscem zamieszkania)*

Szacowany koszt zakwaterowania ……………………………………………..…. zł

Nr konta bankowego, na które dokonana zostanie w formie ryczałtu wypłata kosztów przejazdu do i z miejsca odbywania szkolenia oraz zakwaterowania: ……………………………………………………………………..……………………………….…………………………….

 Bank: ……………………………………………………………………….……….………………………………………….

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

data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

**Oświadczam, że (**proszę zaznaczyć właściwe):

□ nie uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat,

□ uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w …………………………………………….............................…

 (wskazać urząd pracy, który wydał skierowanie)

w okresie ostatnich 3 lat i koszt tego szkolenia to kwota:…………………….....………..….....

 ..........…………...……….....…………………………

data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku, załącznikach do wniosku oraz oświadczeniach są zgodne z prawdą**

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

data i czytelny podpis osoby bezrobotnej

1. **Opinia doradcy klienta:**
2. Szkolenie jest zgodne z profilem pomocy TAK / NIE
3. Szkolenie jest zgodne z ustaleniami założonymi w IPD TAK / NIE
4. Opiniuję pozytywnie przyznanie bonu szkoleniowego TAK / NIE
5. Uzasadnienie (w przypadku negatywnej opinii doradcy klienta):

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

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

 data i podpis doradcy klienta

|  |
| --- |
| **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach**Zatwierdzam do realizacji / nie zatwierdzamUwagi: ……………………………………………..…………. …………………………………………………………….. (podpis Dyrektora) |

**Potwierdzenie odbioru bonu szkoleniowego:**

W dniu ……………………………………. Pan/Pani…………………………………………… potwierdza odbiór bonu szkoleniowego o numerze ewidencyjnym……………………………………..………..……………….......

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

Data i podpis pracownika PUP podpis osoby bezrobotnej

wydającego bon szkoleniowy

............................................. ..................................................... (pieczęć Pracodawcy) (miejscowość, data)

**DEKLARACJA PRACODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Pracodawcy |  |
| ADRES SIEDZIBY |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat  |  | województwo |  |
| nr telefonu |  | nr faksu |  |
| e-mail |  | strona www |  |
| NIP |  | REGON |  |

zobowiązuje się do zatrudnienia Pana/i ...................................................................................................

zamieszkałego/łej .....................................................................................................................................

PESEL ……………………………………………………..

w charakterze............................................................................................................................................

(nazwa stanowiska pracy)

po ukończeniu szkolenia i uzyskaniu kwalifikacji ......................................................................................

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

(nazwa kursu)

na okres, co najmniej **3 miesięcy** na podstawie **umowy o pracę lub powierzenia wykonywanie innej pracy zarobkowej, która podlega ubezpieczeniom społecznym.**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.............................................. ..................................................................................... (miejscowość i data) (podpis/y osoby/osób upoważnionej/nych w imieniu pracodawcy)

Deklaracja winna być podpisana przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli pracodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do uprawdopodobnienia, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez pracodawcę.

**OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Nazwisko i imię ...........................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

PESEL ......................................

Oświadczam, że zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą w ramach własnych środków
w zakresie: ...................................................................................................................................

..................................................................................................................................................... Oznaczonej symbolem PKD ..........................

W związku z powyższym proszę o sfinansowanie kursu: ..................................................................

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

Ponadto zobowiązuje się dostarczyć dokumenty potwierdzające podjecie działalności gospodarczej (tj. potwierdzenie wpisu do rejestru CEIDIG lub KRS) w terminie jednego miesiąca po uzyskaniu uprawnień.

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.............................................. ..................................................................................... (miejscowość i data) (podpis osoby bezrobotnej)