



Data wpływu:

Nr sprawy:

**WNIOSEK****Szkolenia dla osób poszukujących pracy****DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Województwo:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Nazwa pola	Zawartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Województwo:	

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ  
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo - do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## WYKSZTAŁCENIE I PRZEBIEG ZATRUDNIENIA

### WYKSZTAŁCENIE

Nazwa pola	Wartość
<b>Najwyższy posiadany poziom wykształcenia:</b>	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne i średnie <input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe
<b>Informacja o wykształceniu:</b>	
<b>Czy ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<b>Opis ukończonych kursów, szkoleń, posiadanych uprawnień:</b>	
<b>Czy dodatkowe umiejętności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Opis dodatkowych umiejętności:</b>	

### PRZEBIEG ZATRUDNIENIA

Stanowisko	Data od	Data do

### ŚREDNI DOCHÓD

**Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie osoby niepełnosprawnej obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

- Nie  
 Tak

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## INFORMACJE O SZKOLENIU

Zwracam się z prośbą o skierowanie i sfinansowanie indywidualnego szkolenia:

Nazwa pola	Wartość
Nazwa szkolenia:	
Nazwa organizatora szkolenia:	
Nr telefonu organizatora szkolenia:	
E-mail organizatora szkolenia:	
Planowany termin szkolenia od:	
Planowany termin szkolenia do:	
Miejsce realizacji szkolenia:	
Czy konieczne jest wsparcie tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uzasadnienie potrzeby wsparcia:	
Uzasadnienie celowości szkolenia:	
Do wniosku załączam informacje o wybranym przez siebie szkoleniu lub informacje uzasadniające celowość szkolenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**PRZEDMIOT WNIOSKU**

<b>Składniki dofinansowania</b>	<b>Czy wnioskuję o dofinansowanie</b>	<b>Kwota wnioskowana</b>
<b>Należność przysługująca jednostce szkolącej:</b>	<input type="checkbox"/> Tak	
<b>Koszt ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Koszt przejazdu na szkolenie, w tym koszt przejazdu przewodnika lub opiekuna osoby zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Koszt zakwaterowania i wyżywienia w części albo całości:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Koszt usług tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Koszt niezbędnych badań lekarskich, psychologicznych, diagnostycznych i usług rehabilitacyjnych:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<b>Suma przewidywanych kosztów szkolenia:</b>		

**OŚWIADCZENIA****OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
2. Posiadam wiedzę, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba poszukująca pracy, która nie podjęła albo przerwała szkolenie traci status osoby poszukującej pracy na okres 120 dni od następnego dnia po dniu zaistnienia zdarzenia, o którym mowa w niniejszym punkcie.
3. Posiadam wiedzę, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba poszukująca pracy, która nie ukończyła szkolenia z własnej winy, jest zobowiązana do zwrotu jego kosztów, chyba, że powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
4. Posiadam wiedzę, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczonych na szkolenia w trybie indywidualnym, zostaną poinformowany/poinformowana o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku. Kompletny wniosek jest rozpatrywany w terminie 30 dni od dnia jego złożenia.
5. Dobrowolnie wskazałem/am instytucję szkoleniową, z którą może zostać zawarta umowa w sprawie sfinansowania szkolenia indywidualnego i znany jest mi program szkolenia.

6. Zostałem poinformowany/a o udostępnieniu moich danych osobowych instytucji szkoleniowej dla celów realizacji umowy na szkolenie indywidualne, w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania.

*Podpis wnioskodawcy*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

Lista