**Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim**

ul. Przemysłowa 4, 05-300 Mińsk Mazowiecki,

tel. 25 759 27 13, fax 25 758 28 54

e-mail: caz@minskmazowiecki.praca.gov.pl, www.minskmazowiecki.praca.gov.pl

**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

Nr w rejestrze: ………………….……….

Nr oferty kursu: …………………………

Nr kursu: …………………………...……

 Data wpływu wniosku: ………………………….

# WNIOSEK

# osoby uprawnionej o skierowanie na szkolenie zgodnie z art. 40 ust. 3 ustawy \*

Imię i nazwisko: …………………...……………………………………………………..…….………….

Nr PESEL: ……………………….……… Nr dokumentu tożsamości: …...……………………….……..

Adres zamieszkania: …...…………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy: ..……………………………………………………………………………………..

Wykształcenie: ………………………………….

Zwracam się z prośbą o skierowanie na szkolenie …………………………….............………...... ……………………………………………………………………………..………….…….………………

Wnioskowane szkolenie chcę odbyć w ……………………………………………………………. ................................................................................…, adres ….………………………………………….. ……………………………………………… w terminie od dnia ……...........… do dnia ………......….. . Koszt szkolenia wynosi …....................……… (w przypadku wybranej jednostki należy dołączyć do wniosku załącznik nr 1 – deklarację organizatora szkolenia).

Zobowiązuję się do zgłoszenia się do Działu Szkoleń celem uzyskania informacji dotyczącej decyzji rozpatrzenia przedmiotowego wniosku dnia ....................................................... .

(wypełnia Urząd przy interesancie)

**Uzasadnienie celowości szkolenia:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

**\*Wniosek należy złożyć w tut. Urzędzie na min. 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia szkolenia**

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

 …………..............………………

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 33 ust. 4 pkt. 4) ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 ze zm.), nie stawienie się w wyznaczonym terminie i nie powiadomienie w okresie 7 dni o uzasadnionej przyczynie tego niestawiennictwa skutkuje utratą statutu osoby bezrobotnej.
2. W ciągu ostatnich trzech lat:

 □ nie uczestniczyłem/ am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie

 skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy,

 □ brałem/ am udział w szkoleniu:……………………………………………………………………

 po wydaniu skierowania przez Urząd Pracy w …………….…………………………. przy czym

łączna kwota środków na koszty szkolenia mojej osoby nie przekracza dziesięciokrotności

minimalnego wynagrodzenia.

1. W przypadku uzyskania dofinansowania w 90% zobowiązuję się do pokrycia 10% kosztu szkolenia z własnych środków.
2. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie oznacza skierowania na szkolenie.
3. Zapoznałem/ am się z zasadami finansowania szkoleń obowiązującymi w 2018 roku.
4. Urząd może sfinansować koszty szkolenia tj. uprzednio uzgodnioną należność przysługującą instytucji szkoleniowej:

- w 100 % w przypadku szkoleń odbywających się poza miejscem zamieszkania osoby bezrobotnej,

- w 90% w pozostałych przypadkach, pozostałe 10% kosztu szkolenia zobowiązana jest pokryć osoba ubiegająca się o dofinansowanie

Wysokość dofinansowania Przez urząd nie może przekroczyć kwoty 4.500,00 złotych.

1. Urząd nie finansuje kosztów **dojazdu na miejsce szkolenia i powrotu, kosztów wyżywienia, zakwaterowania oraz badań lekarskich.**
2. **Na szkolenia kierowane będą osoby bezrobotne, które nie korzystały z tej usługi w bieżącym roku kalendarzowym**
3. W pierwszej kolejności na szkolenia kierowane będą osoby posiadające oświadczenie pracodawcy o możliwości zatrudnienia danej osoby po szkoleniu.
4. Szkolenie finansowane przez Starostę z Funduszu Pracy musi odbywać się w formie kursu, realizowanego według planu nauczania obejmującego przeciętnie nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu, chyba, że przepisy odrębne przewidują niższy wymiar szkolenia.
5. Powiatowy Urząd Pracy może kierować na szkolenie tylko do instytucji szkolącej posiadającej aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej.
6. Osoba, która z własnej winy nie ukończy szkolenia, jest zobowiązana do zwrotu kosztów szkolenia, chyba, że powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
7. Osoba, która nie zgłosiła się w dniu rozpoczęcia szkolenia lub przerwała rozpoczęte przez siebie szkolenie bez uzasadnionej przyczyny, traci status osoby bezrobotnej na okres:

 - 120 dni w przypadku pierwszej odmowy**\*** lub przerwania szkolenia

 - 180 dni w przypadku drugiej odmowy**\*** lub przerwania szkolenia

 - 270 dni w przypadku trzeciej i kolejnej odmowy**\*** lub przerwania szkolenia.

1. W okresie odbywania szkolenia, na które bezrobotny został skierowany przez Starostę, przysługuje stypendium finansowane ze środków Funduszu Pracy.Bezrobotnemu uprawnionemu w tym samym okresie do stypendium oraz zasiłku przysługuje prawo wyboru świadczenia. Wysokość stypendium wynosi miesięcznie 120 % zasiłku, jeżeli miesięczny wymiar godzin szkolenia wynosi co najmniej 150 godzin; w przypadku niższego miesięcznego wymiaru godzin szkolenia wysokość stypendium ustala się proporcjonalnie, z tym że stypendium nie może być niższe niż 20 % zasiłku.
2. Bezrobotnemu skierowanemu przez starostę na szkolenie, który w trakcie szkolenia podjął zatrudnienie, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą, przysługuje stypendium w wysokości 20% zasiłku, niezależnie od wymiaru godzin szkolenia, od dnia podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej do dnia zakończenia szkolenia. Od stypendium tego nie są odprowadzane składki na ubezpieczenia społeczne.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 ze zm.). Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.)

Uprzedzony / a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznania w brzmieniu: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” prawidłowość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz informuję, że zapoznałem/ -am się i zobowiązuję się przestrzegać ww. zasad.

 ……………..............……………….

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**\*** Za odmowę uważa się nie zgłoszenie się po odbiór skierowania na szkolenie oraz nie zgłoszenie się

 się w dniu rozpoczęcia szkolenia

|  |
| --- |
| **Wypełnia Urząd Pracy** |

**Opinia doradcy klienta dotycząca możliwości skierowania kandydata do pracy bez uprzedniego przeszkolenia:**

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

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

**Opinia doradcy klienta: szkolenie ma na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych i innych kwalifikacji zwiększających szanse na podjęcie lub utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, w szczególności w przypadku:**

* braku kwalifikacji zawodowych,
* konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,
* utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,
* braku umiejętności aktywnego poszukiwania pracy,
* inne ...................................................................................................................................................................................

**Ustalono**…………… **profil pomocy**

**Czy wnioskowane szkolenie jest zgodne z założeniami Indywidualnego Planu Działania:**

** TAK  NIE**

**Osoba znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji wg art. 49 ustawy:**

* TAK
* bezrobotny do 30 roku życia,
* bezrobotny długotrwale,
* bezrobotny powyżej 50 roku życia,
* bezrobotny korzystający ze świadczeń pomocy społecznej,
* bezrobotny posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,
* bezrobotny niepełnosprawny.
* NIE

**Konieczność skierowania na badania lekarskie do Medycyny Pracy?**

* TAK …………………………………………………………………………………..………………………………...
* NIE

**Opinia o kierunku szkolenia**: ......................................................................................................................................................

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

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

**Szkolenie:** wskazane niewskazane

**Uwagi doradcy klienta:**………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

 (data) (podpis i pieczątka doradcy)

**Opinia dotycząca skierowania kandydata na szkolenie:**

 **Podpisy Komisji:**

1. .........................................................................
2. .........................................................................
3. .........................................................................
* kandydat zakwalifikowany na wskazane szkolenie,
* kandydat nie zakwalifikowany na wskazane szkolenie.

...........................……………………….

…………………………………….. (miejscowość, data)

(pieczęć firmy)

**Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia**

**osoby uprawnionej po zakończeniu szkolenia**

Pełna nazwa pracodawcy: ………………………………………………………………………………………………………………

Pełny adres, telefon, e-mail:……………………………………………………….....................................

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

NIP…………………………………...REGON ……………………………..EKD ………………………

Osoba reprezentująca pracodawcę:…………………………………………………………………………

Rodzaj prowadzonej działalności:……………………………………………………………………….....

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

Uprzedzony, o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że zamierzam zatrudnić Panią/Pana:…………………………………… ………………………………………………………...... na podstawie\*:

🗌umowy o pracę – na okres co najmniej 3 pełnych miesięcy; za wynagrodzeniem miesięcznym nie mniejszym niż minimalne obowiązującym w danym roku;

🗌umowy zlecenie – na minimum 3 pełne miesiące i wartość umowy nie będzie mniejsza niż trzykrotność minimalnego wynagrodzenia;

🗌umowy o dzieło, w której nie określono czasu trwania umowy i wartość umowy nie będzie mniejsza niż trzykrotność minimalnego wynagrodzenia;

niezwłocznie po ukończeniu szkolenia, nie później jednak niż **do 60 dni** od dnia zakończenia szkolenia lub egzaminu jeśli był przewidziany jako potwierdzenie uzyskanych nowych kwalifikacji:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa szkolenia/zakres szkolenia)

Oświadczam, że ww. osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wymogi zatrudnienia oraz oczekiwania pracodawcy na ww. stanowisku.
Do zatrudnienia i podpisania umowy niezbędne jest odbycie, ww. szkolenia.

Informuję, że zostałem/-łam poinformowany/-a o czasie trwania szkolenia oraz o możliwości zmiany terminu zatrudnienia w przypadku zmiany terminu szkolenia.

……………………………………………

 (podpis pracodawcy - pieczęć imienna)

**\*** zaznaczyć właściwe

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Ja, …………………………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkała/-ły: ...…….…………………………………………………………………………………...

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

PESEL………………………………………….

Tel. Kontaktowy:………………………………

Oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą z własnych środków finansowych w okresie **60 dni** od dnia ukończenia wnioskowanego szkolenia:……...………………………..............................

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

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

Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej nie jest uzależnione od uzyskania środków na podjęcie działalności gospodarczej z Powiatowego Urzędu Pracy w Mińsku Mazowieckim.

W terminie 7 dni od podjęcia działalności gospodarczej złożę stosowny wydruk z CEiDG w tut. Urzędzie.

W przypadku nie wywiązania się ze złożonego oświadczenia należy niezwłocznie pisemnie zawiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim o przyczynach nie rozpoczęcia działalności gospodarczej.

…………………………......................

 (miejscowość, data, czytelny podpis)

Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA ORGANIZATORA SZKOLENIA - PROGRAM SZKOLENIA****O MOŻLIWOŚCI PRZESZKOLENIA OSOBY ZAREJESTROWANEJ W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W MIŃSKU MAZ.** |

**UWAGA:** *Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11 marca 2004 r. (Dz. U. z 2017r. poz. 1221 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz. U. z 2015r. poz. 736 z późn. zm.) od podatku od towarów i usług zwolnione zostały usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane;*

**W 2018 roku Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim finansuje koszt szkolenia w 100% w przypadku szkoleń odbywających się poza miejscem zamieszkania osoby bezrobotnej lub w 90% w pozostałych przypadkach. W przypadku dofinansowania w wysokości 90%, pozostałe 10% kosztu szkolenia finansuje uczestnik szkolenia, który uzyska skierowanie na szkolenie.**

**UCZESTNIK SZKOLENIA………………………………………………………… . Tel. ………………………………….**

1. **Organizator szkolenia:**

Nazwa jednostki: …………………..............................................................................................................................

Adres: …...……………………………………………………………………………………….…………………...

NIP …………………………..………. REGON …………………………… Nr PKD 2007…………...………….

Nr rachunku bankowego : …..…………………………………………………………………………..……………

Nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych : ….………………………………………………….………….….

Osoba kontaktowa: …………………………………..……. Nr telefonu : …...……….………………….………… Nr faxu: ………………………………… Adres e-mail: ………………………………..………………………….

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy w zakresie przedmiotowego szkolenia z tut. Urzędem Pracy: ........................................................... stanowisko...............................................................

1. **Dane szkolenia:**

Nazwa szkolenia …………………………………………………………………..………………………………..

Zakres szkolenia …………………………………………………………………………………………………….

Termin realizacji szkolenia: od dnia …….-……..-……………r. do dnia …….-……..-………..r.

Liczba godzin/sposób realizacji szkolenia:

|  |
| --- |
| **Liczba godzin zegarowych** |
| zajęcia teoretyczne | zajęcia praktyczne | ogółem  |
|  |  |  |

Przeciętna liczba godzin zegarowych szkolenia w tygodniu: ……………………

Liczba godzin zegarowych szkolenia w poszczególnych miesiącach:

Pierwszy miesiąc szkolenia: …..… godz. Czwarty miesiąc szkolenia: …….. godz.

Drugi miesiąc szkolenia: ………... godz. Piąty miesiąc szkolenia: ……… godz.

Trzeci miesiąc szkolenia: ……...… godz. Szósty miesiąc szkolenia: ………. godz.

|  |
| --- |
| **Miejsce realizacji szkolenia** |
| **zajęcia teoretyczne** | **zajęcia praktyczne** |
| adres: | adres:  |

1. **Całkowity koszt szkolenia na 1 osobę** **wynosi:** *netto* ………………… zł, *stawka VAT*: zwolniona,
*brutto* ……………………… zł (słownie: ……………………………………………............................. .......................................................).
2. **Koszt osobogodziny szkolenia:** .................................. **zł/ osobę.**
3. **Wymagania wstępne dla uczestników** (np. badania lekarskie, posiadanie prawa jazdy)**:**

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

1. **Cel szkolenia:**

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

1. **Przewidziane sprawdziany i egzaminy**:

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

1. **Dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia:**

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

1. **Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych:**

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

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

1. **Plan nauczania** (może być dołączony w formie załącznika – musi uwzględniać terminy i godziny):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data zajęć** | **Godziny zajęć**  | **Liczba godzin** **zegarowych** | **Opis treści szkolenia** |
| **teoria** | **praktyka** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |  |

1. **Instytucja szkoleniowa oświadcza**, że (proszę o wykreślenie):
2. **posiada/nie posiada** uprawnienia do przeprowadzenia powyżej wskazanego szkolenia.
3. oferowany program szkolenia **wykorzystuje/ nie wykorzystuje** modułowe programy szkoleń zawodowych zgodnie z ustawą o Promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
4. **posiada/nie posiada** certyfikat jakości usług.
5. **dysponuje/nie dysponuje** wykwalifikowaną kadrą dydaktyczną w zakresie wskazanego szkolenia.
6. wyposażenie dydaktyczne i pomieszczenia **spełniają/ nie spełniają** warunki potrzebne do realizacji szkolenia.

.........…………………………

 **Pieczęć i podpis Wykonawcy**