

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK Szkolenia dla osób poszukujących pracy

DANE WNIOSKODAWCY

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:	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Taki sam jak adres zamieszkania

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:	tak nie
Stopień niepełnosprawności:	Znaczny Umiarkowany Lekki Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	bezterminowo okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	I grupa II grupa III grupa nie dotyczy
Niezdolność:	całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji całkowita niezdolność do pracy częściowa niezdolność do pracy nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	01-U – upośledzenie umysłowe 02-P – choroby psychiczne 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu osoba głucha osoba głuchoniema 04-O – narząd wzroku osoba niewidoma osoba głuchoniewidoma 05-R – narząd ruchu wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego dysfunkcja obu kończyn górnych 06-E – epilepsja 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia 08-T – choroby układu pokarmowego 09-M – choroby układu moczowo-płciowego 10-N – choroby neurologiczne 11-I – inne 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
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:	tak nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	2 przyczyny 3 przyczyny

WYKSZTAŁCENIE I PRZEBIEG ZATRUDNIENIA

WYKSZTAŁCENIE

Nazwa pola	Wartość
Najwyższy posiadany poziom wykształcenia:	Wyższe Policealne i średnie Zasadnicze zawodowe Gimnazjalne Podstawowe Niepełne podstawowe
Informacja o wykształceniu:	
Czy ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia:	Tak Nie
Opis ukończonych kursów, szkoleń, posiadanych uprawnień:	
Czy dodatkowe umiejętności:	Tak Nie

Opis dodatkowych umiejętności:

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?	Tak Nie
Uzasadnienie potrzeby wsparcia:	
Uzasadnienie celowości szkolenia:	
Do wniosku załączam informacje o wybranym przez siebie szkoleniu lub informacje uzasadniające celowość szkolenia	Tak Nie

PRZEDMIOT WNIOSKU

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

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 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia osoba poszukująca pracy, która nie podjęła albo przerwała szkolenie z własnej winy traci status osoby poszukującej pracy

na okres 90 dni od następnego dnia po dniu zaistnienia zdarzenia, o którym mowa w niniejszym punkcie, chyba, że powodem niepodjęcia lub przerwania szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

3. Posiadam wiedzę, że zgodnie z ustawą z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia osoba poszukująca pracy, która nie ukończyła szkolenia z własnej winy, jest zobowiązana do zwrotu jego kosztów o rynku pracy i służbach zatrudnienia 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, zostanę 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

....., dniar.

**Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie
ul. Czajewicza 2/4
05-500 Piaseczno**

**OŚWIADCZENIA
DOTYCZĄCE ŚRODKÓW SANKCYJNYCH W ZWIĄZKU
Z PRZECIWDZIAŁANIEM WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE
BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z korzystania z programów unijnych

i krajowych i nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki określone w art. 51 rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014, zgodnie z którymi zakazane jest udzielanie bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną.

2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wpisu na *Listę osób i podmiotów objętych sankcjami*, na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2025 poz. 514 ze zm.) tj. wobec osób i podmiotów dysponujących środkami finansowymi, funduszami oraz zasobami gospodarczymi w rozumieniu Rozporządzenia Rady(WE) 765/2006 lub Rozporządzenia Rady (UE) 269/2014, bezpośrednio lub pośrednio wspierających:

1) agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętą w dniu 24 lutego 2022 r. lub

2) poważne naruszenia praw człowieka lub represje wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej lub których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej lub na Białorusi

— lub bezpośrednio związanych z takimi osobami lub podmiotami, w szczególności ze względu na powiązania o charakterze osobistym, organizacyjnym, gospodarczym lub finansowym, lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania w tym celu dysponowanych przez nie takich środków finansowych, funduszy lub zasobów gospodarczych.

3. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Urzędu w błąd przy przedstawianiu informacji.

.....
*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny
lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

Weryfikacja Powiatowego Urzędu pracy w Piasecznie.

Wyżej wymieniony podmiot **nie figuruje / figuruje*** w rejestrze podmiotów/osób objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonymi na stronie BIP MSWiA: <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjam>

.....
*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny
lub podpis zaufany
lub pieczętka i podpis pracownika Urzędu Pracy*

*Niepotrzebne skreślić