**W N I O S E K**

**o przyznanie bonu szkoleniowego osobie bezrobotnej do 30 roku życia**

**I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY**

1. Nazwisko i imię/imiona..........................................................................................................................

2. PESEL (w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)………………….......................................................................................................................

3. Adres zamieszkania (miejsce, ulica, nr domu, kod pocztowy) ..................................................................................................................................................

4. Adres korespondencyjny........................................................................................................................

5. Numer telefonu......................................................................................................................................

6. Wykształcenie........................................................................................................................................

7. Zawód wyuczony....................................................................................................................................

8. Zawód najdłużej wykonywany................................................................................................................

9. Zawód ostatnio wykonywany..................................................................................................................

10. Posiadane uprawnienia........................................................................................................................

11. Dodatkowe umiejętności.......................................................................................................................

**II. INFORMACJA O KOSZTACH FINANSOWANYCH W RAMACH BONU SZKOLENIOWEGO**

1. KOSZTY SZKOLEŃ

1.1. Nazwa szkolenia: ................................................................................................................................

koszt szkolenia: ..................................................................................................................................

planowany termin szkolenia: ..............................................................................................................

liczba godzin szkolenia: ......................................................................................................................

nazwa i adres instytucji szkoleniowej..................................................................................................

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

1.2. Nazwa szkolenia: ...............................................................................................................................

koszt szkolenia: ..................................................................................................................................

planowany termin szkolenia: ..............................................................................................................

liczba godzin szkolenia: ......................................................................................................................

nazwa i adres instytucji szkoleniowej..................................................................................................

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

**Uwaga:** Koszty jednego lub kilku szkoleń, w tym koszty kwalifikacyjnego kursu zawodowego i kursu nadającego uprawnienia zawodowe zostaną sfinansowane w formie wpłaty na konto instytucji szkoleniowej

2. KOSZTY BADAŃ LEKARSKICH LUB PSYCHOLOGICZNYCH

całkowity koszt badań lekarskich lub psychologicznych...........................................................................

nazwa i adres jednostki przeprowadzającej badania lekarskie lub psychologiczne.................................

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

**Uwaga:** Koszty niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych zostaną sfinansowane w formie wpłaty na konto wykonawcy badania

3. KOSZTY PRZEJAZDU NA SZKOLENIE

oszacowane koszty przejazdu na szkolenie ..........................................................................................

opis trasy przejazdu na szkolenie ..........................................................................................................

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

**Uwaga:** Koszty przejazdu na szkolenie zostaną wypłacone bezrobotnemu w formie ryczałtu w wysokości:

a) do 150 zł – w przypadku szkolenia trwającego do 150 godzin;

b) powyżej 150 zł do 200 zł – w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin.

4. ZAKWATEROWANIE (wypełnić w przypadku, gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania)

oszacowany koszt zakwaterowania ..................................................................................................

**Uwaga:** Koszty zakwaterowania uczestnika szkolenia zostaną wypłacone bezrobotnemu w formie ryczałtu:

a) do 550 zł – w przypadku szkolenia trwającego poniżej 75 godzin;

b) powyżej 550 zł do 1100 zł – w przypadku szkolenia trwającego od 75 do 150 godzin;

c) powyżej 1100 zł do 1500 zł – w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin. tj. kwoty pieniężnej na podstawie np. cennika hotelu (udokumentowanej rachunkiem/fakturą po zakończeniu szkolenia)

**III. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRZYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO** **I WYBORU SZKOLENIA**

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

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

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

**Uwaga:** Uzasadnienie wyboru szkolenia jest wymagane również w przypadku dołączenia do wniosku oświadczenia pracodawcy lub oświadczenia o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej .

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

(data i czytelny podpis Wnioskodawcy

**W załączeniu przedkładam:**

1. oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby bezrobotnej\* (załącznik nr 1) lub

2. oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej \*(załącznik nr 2)

**IV. DODATKOWE INFORMACJE**

1. Bon szkoleniowy może zostać przyznany osobie bezrobotnej do 30 roku życia na wskazane przez nią szkolenie oraz opłacenie kosztów, które zostaną poniesione w związku z podjęciem szkolenia.
2. Powiatowy Urząd Pracy w Strzelinie może przyznać bon szkoleniowy uprawnionej osobie bezrobotnej **na podstawie Indywidualnego Planu Działania**, jeżeli uprawdopodobni ona podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
3. Koszty wchodzące w skład bonu szkoleniowego nie mogą przekroczyć 100% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu przyznania bonu szkoleniowego.
4. Powiatowy Urząd Pracy w Strzelinie finansuje koszty wchodzące w skład bonu szkoleniowego w wysokości określonej w bonie, **a bezrobotny pokrywa koszty przekraczające ten limit.**
5. Instytucje szkoleniowe przeprowadzające szkolenia **muszą posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych.**
6. Osobie realizującej szkolenie w ramach bonu szkoleniowego przysługuje stypendium w wysokości 120% zasiłku dla bezrobotnych jeżeli miesięczny wymiar godzin szkolenia wynosi co najmniej 150 godz.

**Podstawa prawna:**

1. art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z póź. zm. )

**VI. DECYZJA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**Wypełnia doradca klienta**:

**Wydanie bonu szkoleniowego jest:**

□ ZASADNE – jest zgodne z założeniem IPD

□ NIE JEST ZASADNE – nie jest zgodne z założeniem IPD

……………………………………………….

(podpis i pieczątka doradcy klienta)

Wniosek został rozpatrzony pozytywnie/negatywnie \*.

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

(data i podpis Dyrektora PUP)

Przyznano bon szkoleniowy nr …...................... ważny od …............... do …..................................

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

(imię i nazwisko doradcy klienta)

Potwierdzam odbiór bonu szkoleniowego

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

\* niepotrzebne skreślić