

**WNIOSEK O PRZYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO**

**DLA OSOBY BEZROBOTNEJ DO 30 ROKU ŻYCIA**

Podstawa prawna: Art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz. U. z 2025 poz. 214)

**DANE WNIOSKODAWCY:**

**IMIĘ I NAZWISKO** ………………………….……………………..……….………….……

**PESEL** ………………………………………………………………………………………….

**ADRES ZAMIESZKANIA** …………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………..

**NUMER TELEFONU**:………………………………………………………………………...

**ADRES E-MAIL**:………………………………………………………...…………………….

**ADRES SKRZYNKI DO E-DORĘCZEŃ**……………………………………………………

**WYKSZTAŁCENIE**…………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................**INFORMACJE O POSIADANYCH UPRAWNIENIACH** ( w przypadku wnioskowania o szkolenie kierowcy, proszę o podanie  **daty uzyskania prawa jazdy C i D)**  ……………….………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Wnioskuję o przyznanie bonu szkoleniowego, który zamierzam przeznaczyć na sfinansowanie szkolenia pod nazwą:** ..………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………….………………..……………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………….………..………..……..…

Łączna liczba godzin szkolenia :………………………………………………………………..

Planowany całkowity koszt szkolenia:………………………………………………….……… …………………………………………………………………………………………………..

Kosztów badań lekarskich lub psychologicznych

Kosztów przejazdu na szkolenie\*

Kosztów zakwaterowania\*

**\* tylko w przypadku szkolenia poza miejscem zamieszkania**

**Jeżeli łączny koszt w ramach kwoty bonu szkoleniowego przekracza przeciętne wynagrodzenie zobowiązuję się do pokrycia pozostałych kosztów ze środków własnych.**

Nazwa i adres wybranej instytucji szkoleniowej posiadającej wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP instytucji szkoleniowej……………………………………………………………………

Planowany termin realizacji szkolenia……………….…………………………………………

Miejsce realizacji szkolenia…………………………..…………………………………………

**Przyczyny wnioskowania o skierowanie na wskazane szkolenie (zaznaczyć właściwe):**

 brak kwalifikacji zawodowych,

 konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,

 utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie

**Oświadczam, że:**

Mam zawieszoną działalność gospodarczą:  tak  nie

**Uzasadnienie wniosku:** w tym uprawdopodobnienie przez wnioskodawcę podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej ,

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

**W** **przypadku gwarancji podjęcia działalności gospodarczej po szkoleniu należy opisać:**

1. rodzaj planowanej działalności gospodarczej (należy szczegółowo opisać planowaną działalność oraz wskazać nr klasy PKD) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. wskazać planowany termin jej rozpoczęcia (maksymalnie do 60 dni od zakończenia szkolenia): ……………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………...

**UWAGA!!! W przypadku posiadania pisemnej gwarancji zatrudnienia od przyszłego pracodawcy, należy dołączyć gwarancję do wniosku.**

W ramach przyznanego bonu szkoleniowego PUP sfinansuje bezrobotnemu do wysokości

100% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu przyznania bonu szkoleniowego następujące koszty:

1) niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych – w formie wpłaty na konto wykonawcy badania;

2) jednego lub kilku szkoleń niezbędnych do podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, w tym kosztów kwalifikacyjnego kursu zawodowego i kursu nadającego uprawnienia zawodowe – w formie wpłaty na konto instytucji szkoleniowej;

3) przejazdu na szkolenia, w przypadku gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania – w formie ryczałtu wypłacanego bezrobotnemu 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) zakwaterowania, jeśli zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania – w formie ryczałtu wypłacanego bezrobotnemu w wysokości:

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.

PUP finansuje koszty, o których mowa powyżej, natomiast bezrobotny pokrywa we własnym zakresie koszty przekraczające limit bonu lub stanowiące inny rodzaj kosztów niż wskazane w pkt 1-4

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21, 45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku z ustawą
z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz. U. z 2025 poz. 214.). Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej http://opole.praca.gov.pl/ lub w siedzibie Administratora)*

**Oświadczam, że:**

* Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym wniosku są zgodne z prawdą,
* Poinformowano mnie, że wypełnienie wniosku nie jest jednoznaczne
 z zakwalifikowaniem na szkolenie,
* Poinformowano mnie, że zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz.U. z 2025 r., poz. 214*) osoba, która odmówiła przyjęcia propozycji szkolenia albo przerwała je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podjęła szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres:
	1. 120 dni w przypadku pierwszej odmowy,
	2. 180 dni w przypadku drugiej odmowy,
	3. 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy,

chyba, że powodem odmowy lub przerwania szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej,

* Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku, Powiatowy Urząd Pracy w Opolu poinformuje mnie mailowo w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku o sposobie jego rozpatrzenia.

**Proszę o przesłanie odpowiedzi na wniosek na adres e-mail**:

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

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

 *(data i czytelny podpis bezrobotnego)*

**ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W OPOLU:**

1. **OPINIA DORADCY KLIENTA** – w tym w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania

- szkolenie uwzględnione w IPD: TAK NIE

- data rejestracji:……………………………………………

- wykształcenie wnioskodawcy :………………...………….

**Czy są oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia?** (należy wskazać jakie)…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………

**Zasadność wnioskowanego wsparcia:**

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

 ……………………………………………………  *( data i podpis Doradcy Klienta )*

1. **OPINIA PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO, ROZPATRUJĄCEGO WNIOSEK:**

Po rozpatrzeniu wniosku proponuję przyznać/nie przyznać bon szkoleniowy.

 …………………………………………………… ( data i podpis Pracownika rozpatrującego wniosek

1. **DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

Wyrażam/nie wyrażam zgody na przyznanie Wnioskodawcy bonu szkoleniowego.

……………………………………………………  *( data i podpis Dyrektora Urzędu )*

**POTWIERDZENIE ODBIORU BONU SZKOLENIOWEGO:**

W dniu …………………………………………. Panu/Pani…………………………………………………… wydano bon szkoleniowy
Nr ewidencyjny ………………..…………….…

 ……………………………………………………  *( data i podpis pracownika PUP wydającego bon )*

Potwierdzam odbiór bonu szkoleniowego

……………………………………………………  *( data i czytelny podpis bezrobotnego – Wnioskodawcy )*