



Wniosek o sfinansowanie zadania ze środków PFRON

Nr..... (wypełnia Urząd Pracy)

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (T.j. Dz. U. z 2024r. poz. 44), ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214 ze zm.) rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926 z późn. zm) i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014, poz. 667)

WYPEŁNIA OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA POSZUKUJĄCA PRACY:

- niepozostająca w zatrudnieniu***
 będąca w okresie wypowiedzenia umowy o pracę z przyczyn niedotyczących pracownika*

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy

2. Adres zamieszkania

3. PESEL - w przypadku jego nadania

4. Nr telefonu - - / -
komórkowego *domowego*

5. Adres e-mail wnioskodawcy

6. Wnoszę do dofinansowanie ze środków PFRON szkolenia w kierunku

.....
.....
pełna nazwa przedmiotu dofinansowania

w celu:

- zwiększenia szans na uzyskanie zatrudnienia*
 podwyższenia dotychczasowych kwalifikacji zawodowych*
 zwiększenia aktywności zawodowej*

7. Posiadane kwalifikacje zawodowe /*wykształcenie (poziom/specjalizacje), zawód, kursy, uprawnienia, licencje, kwalifikacje w zawodzie, itp./*

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

8. WŁASNE UZASADNIENIE CELOWOŚCI skierowania na szkolenie:

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

- posiadam uprawdopodobnienie zatrudnienia po szkoleniu na formularzu A do wniosku*
 zamierzam podjąć działalność gospodarczą po szkoleniu i składam formularz B do wniosku *

9. Miejsce realizacji zadania.....

pełna nazwa i adres instytucji realizującej przedmiot dofinansowania

10. Termin rozpoczęcia: ____-____-____ i przewidywany czas realizacji zadania:

11. Przewidywany koszt realizacji zadania ze środków PFRON wynosi:

WYLICZENIA:

Lp.	Rodzaj kosztu	SZACOWANY KOSZT ZADANIA	
		środki PFRON	inne źródła finansowania
1	uprzednio uzgodniona należność przysługująca jednostce szkolącej		
2	koszt ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków		
3	koszt zakwaterowania i wyżywienia w części albo w całości		
4	koszt przejazdu na szkolenie, w tym koszt przejazdu przewodnika lub opiekuna osoby zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności		
5	koszt usług tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności		
6	koszt niezbędnych badań lekarskich, psychologicznych, diagnostycznych i usług rehabilitacyjnych		
WYSOKOŚĆ KWOTY WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA			

12. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek

wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania niniejszego zadania

nie dotyczy środków PFRON

13. Wykaz dokumentów dotyczących informacji o innych źródłach finansowania (które należy załączyć do wniosku)

.....

14. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON

Lp.	Numer umowy	CEL (nazwa programu celowego, zadania ustawowego, na które została przyznana pomoc)	przyznanie dofinansowanie PFRON		STAN ROZLICZENIA UMOWY (np. „rozliczona w całości”, „rozliczona w kwocie _____”, „w trakcie realizacji”, „zaległości”, „rozwiązana z przyczyn dotyczących _____”)
			data	kwota	

15. Nazwa banku wnioskodawcy

nr konta bankowego

16. **OŚWIADCZAM, że:**

- a) w skład rodziny pozostającej ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym wchodzi osób;
- b)..... wysokość dochodu brutto przypadającego na jednego członka rodziny wynosi: zł;
- c) posiadam orzeczonego stopień niepełnosprawności:
- znaczny*
 - umiarkowany*
 - lekki*
- ustalony na okres od do; SYMBOL SCHORZENIA
- d) nie posiadam przeciwwskazań zdrowotnych do pracy we wnioskowanym zawodzie;
- e) zostałem(am) poinformowany(a), że:
- sfinansowanie kosztów szkolenia przez Urząd **nie przysługuje** w przypadku podjęcia kursu bez skierowania Powiatowego Urzędu Pracy,
 - instytucja szkoleniowa przeprowadzająca szkolenie musi posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych,
 - szkolenie trwa nie dłużej niż 36 miesięcy;
 - realizacja zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej finansowanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przypada na okres od dnia uchwalenia budżetu na ten cel do 31 grudnia bieżącego roku,
 - maksymalna wysokość środków na sfinansowanie szkolenia nie może przekroczyć dziesięciokrotności przeciętnego wynagrodzenia (obowiązującego na dzień podpisania umowy) ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski",
 - dofinansowanie do szkolenia nie przysługuje, jeżeli posiadam zaległości wobec PFRON lub byłem(am) w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
 - w przypadku przerwania bądź nieukończenia szkolenia z własnej winy zostanę zobowiązany(a) do zwrotu kosztów szkolenia poniesionych przez Urząd.
- f) wyrażam zgodę na umieszczenie kopii/oryginałów niezbędnych załączników w dokumentacji PUP;
- g) dobrowolnie wybrałem(am) jednostkę szkoleniową i znany mi jest program szkolenia;
- h) do wniosku załączam:
- uwierzytelnioną kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub wypisu z treści orzeczenia¹.*
 - uwierzytelnioną kserokopię dokumentów potwierdzających korzystanie z innych źródeł finansowania zadania*
 - formularz A przedmiotowego wniosku*
 - formularz B przedmiotowego wniosku*
 - inne załączniki wg uzgodnień z Powiatowym Urzędem Pracy w Świdnicy*
- i) potwierdzam własnoręcznym podpisem zgodność danych zamieszczonych w niniejszym wniosku.

* *zaznaczyć właściwe*

Świdnica, dnia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

¹ W przypadku osób, które przed wejściem w życie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zaliczone zostały do jednej z trzech grup inwalidów – przedłożyć należy uwierzytelnioną kserokopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy.

.....
pieczęć Pracodawcy.....
miejscowość, data**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**Deklaruję przyjęcie Pana(i)
imię i nazwisko osoby poszukującej pracy

niezwłocznie po ukończeniu szkolenia i/lub uzyskaniu uprawnień/kwalifikacji zawodowych:

.....
nazwa szkolenia/uprawnień/kwalifikacji zawodowychna podstawie: umowy o pracę* / umowy zlecenia* / umowy o dzieło* / innej pracy zarobkowej *

na stanowisku: na okres

Nr telefonu -----, adres e-mail:

REGON

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 jedynie odbycie wskazanego wyżej szkolenia.

Pracownik Powiatowego Urzędu Pracy osobiście skontaktuje się z pracodawcą w celu potwierdzenia wolnego miejsca pracy i ustalenia dalszych działań.

* **zaznaczyć właściwe****Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych osobowych kontrahenta (nie dotyczy osób prawnych)**

Powiatowy Urząd Pracy w Świdnicy, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), (Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 04.05.2016 r.) informuje, że:

- 1) administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Świdnicy z siedzibą w Świdnicy, ul. M. Skłodowskiej-Curie 5, 58-100 Świdnica;
- 2) dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świdnicy: iodo@praca.swidnica.pl
- 3) Pana(i) dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust 1 pkt b, c, e ww. ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (tj. jako niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz jako niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi) oraz ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2022 r., poz. 690 ze zm.) w celu zawarcia, realizacji oraz prawidłowego rozliczenia umowy o organizację szkolenia indywidualnego oraz wykonania przez administratora innych obowiązków przewidzianych prawem;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą: Najwyższa Izba Kontroli, Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy, Ministerstwa właściwego do spraw pracy, Urząd Ochrony Danych Osobowych, inne organy kontrolujące działalność Urzędu, organy policji, prokuratury, sądy, komornicy, operator pocztowy obsługujący doręczenia przesyłek urzędowych, Sygnity S.A. oraz inne podmioty w ramach podpisanych umów w zakresie nadzoru autorskiego nad oprogramowaniem, w którym przetwarzane są dane, kancelaria prawna obsługująca Urząd, urzędy pracy, inne podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa lub zawartych umów;
- 5) Pana(i) dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pana(i) dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat licząc od końca roku, w którym zawarta w formularzu deklaracja uległa zakończeniu;
- 7) posiada Pana(i) prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- 8) ma Pan(i) prawo wniesienia skargi do właściwego organu, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan(i), iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana(i) narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) podanie przez Pana(i) danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku osoby poszukującej pracy, wskazanej powyżej.
- 10) Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Zapoznałam/em się z treścią powyższych informacji.....
podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej

KALKULACJA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW

należy przedstawić przewidywane sprawozdanie w układzie miesięcznym (średni miesiąc w roku)

		ŚREDNI MIESIĄC <i>(w zł)</i>
A	PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	
B	KOSZTY	- zakup towarów handlowych/surowców i materiałów do produkcji
		- wynagrodzenie pracowników z ZUS-em
		- koszty za lokal lub podatek od nieruchomości
		- koszty transportu
		- opłaty administracyjne, licencje, koncesje, itp.
		- energia elektryczna, woda, gaz, c.o.
		- reklama, poczta, Internet, telefon
		- zużycie materiałów i środków nietrwałych
		- usługi zewnętrzne (np. księgową, inne: _____)
		- ubezpieczenie firmy i inne: _____)
		- pozostałe koszty, tj. _____)
		- ZUS właściciela (ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, FP)
RAZEM KOSZTY		
A-B	ZYSK PRZED OPODATKOWANIEM	
Wysokość podatku dochodowego (<i>forma opodatkowania: _____</i>)		
ZYSK NETTO		

.....
Miejscowość, dnia

.....
czytelny podpis wnioskodawcy