**WNIOSEK OSOBY BEZROBOTNEJ / POSZUKUJĄCEJ PRACY O PRZYZNANIE BONU NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

1. **Nazwisko**..............................................................................................................................
2. **Imię** .....................................................................................................................................
3. **Numer PESEL** (w przypadku jego braku, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)
4. **Adres zamieszkania** …......................................................................................................

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

1. **Adres do doręczeń** ……………………………………………………………………………….

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

1. **Adres elektroniczny** ...........................................................................................................
2. **Numer telefonu** …………………………………………………………………………………
3. **Wykształcenie (poziom i kierunek)[[1]](#footnote-1):**

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

1. **Zawód wyuczony** ..............................................................................................................
2. **Zawód wykonywany**..........................................................................................................
3. **Posiadane uprawnienia, certyfikaty, ukończone szkolenia:** ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. **Planowana forma wsparcia kształcenia ustawicznego[[2]](#footnote-2):**
5. **koszt należny instytucji szkoleniowej za realizację jednego lub kilku szkoleń**

**b) koszt należny organizatorowi studiów podyplomowych**

**c) koszt potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub koszty uzyskania**

**dokumentów potwierdzających nabycie wiedzy i umiejętności**

1. **Uzasadnienie potrzeby udzielenia bonu na kształcenie (zaznaczyć właściwe):**
2. możliwością podjęcia pracy zarobkowej / utrzymania zatrudnienia w firmie: ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

- załączyć oświadczenie przyszłego / obecnego pracodawcy

1. zamiarem podjęcia własnej działalności gospodarczej

- załączyć oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej

c) sytuacją na rynku pracy

- uzasadnić potrzebę kształcenia ustawicznego w **zawodzie deficytowym** w powiecie wschowskim lub województwie lubuskim (zgodnie z barometrem zawodów) i załączyć aktualne oferty pracy zgodne z zakresem wnioskowanej formy wsparcia, odpowiednio z powiatu wschowskiego lub województwa lubuskiego

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

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

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

data czytelny podpis wnioskującego o bon

**INFORMACJA**

**O WYBRANEJ FORMIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

1. **Nazwa wybranej formy kształcenia ustawicznego[[3]](#footnote-3):** ………………………………………………………………………………………………….

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

1. **Termin realizacji formy kształcenia ustawicznego:**

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

1. **Ilość godzin wybranej formy kształcenia ustawicznego:**

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

1. **Kształcenie ustawiczne realizowane będzie[[4]](#footnote-4):**

a) stacjonarnie

b) na odległość

c) hybrydowo

1. **Nazwa i adres instytucji szkoleniowej / organizatora studiów podyplomowych / instytucji potwierdzającej uzyskanie wiedzy i umiejętności lub wydającej dokument potwierdzający nabycie wiedzy i umiejętności**

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

1. **NIP instytucji szkoleniowej**

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

1. **Numer nadany w Rejestrze Instytucji Szkoleniowych (dotyczy instytucji szkoleniowych):**

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

1. **Wpis do Bazy Usług Rozwojowych[[5]](#footnote-5) (dotyczy instytucji szkoleniowych):**

………………………………………………………………………………………………

1. **Koszt formy kształcenia ustawicznego:** ………………………………………………………………………………………………….
2. **Numer rachunku płatniczego realizatora formy kształcenia ustawicznego**

------

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

data czytelny podpis wnioskującego o bon

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż w okresie ostatnich 3 lat od dnia złożenia wniosku nie korzystałem(am) / korzystałem(am)[[6]](#footnote-6) z form pomocy finansowanych ze środków Funduszu Pracy.

Nazwa formy pomocy: ……………………………………………………………………………….

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

Urząd pracy, który sfinansował formy pomocy: ……………………………………………………………………………………………………….

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

Łączne koszty otrzymanego wsparcia:…………………………………………………………...

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

data czytelny podpis wnioskującego o bon

**Oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku[[7]](#footnote-7):**

1) nie prowadzę działalności gospodarczej / nie mam zawieszonej działalności gospodarczej

2) prowadzę działalność gospodarczą / mam zawieszoną działalność gospodarczą, a zakres kształcenia o które wnioskuje:

1. nie ma związku z prowadzoną przeze mnie działalnością
2. ma związek z prowadzoną przeze mnie działalnością i może zostać przeze mnie wykorzystany do prowadzenia tej działalności.

Jestem świadoma / świadomy, iż w przypadku formy pomocy, która ma związek z prowadzoną przez mnie działalnością gospodarczą, koszt ten stanowić będzie pomoc publiczną / pomoc de minimis. W związku z tym, do wniosku zobowiązuję się dołączyć formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

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

data czytelny podpis wnioskującego o bon

Wschowa, ………………………

**Dane wnioskującego o przyznanie bonu:**

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

Nr PESEL: ………………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………..

………………………………………………………………..

Powiatowy Urząd Pracy

we Wschowie

ul. Staroleszczyńska 13,13A

67-400 Wschowa

Proszę o przekazywanie na mój rachunek bankowy:

Pełna nazwa banku:

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

Nr rachunku:

------

całości należnych mi świadczeń przyznanych na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620) /dotyczyć może zasiłku dla bezrobotnych, stypendium, dodatku aktywizacyjnego, kosztów przejazdu/.

………………………………………………….

czytelny podpis świadczeniobiorcy

***Za błędnie podany numer konta PUP Wschowa nie ponosi odpowiedzialności.***

Nr konta wprowadził: ……………………………………………………………………………………………………………………..

data i podpis pracownika PUP

**UZUPEŁNIĆ W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O SFINANSOWANIE FORMY POMOCY ZWIĄZANEJ Z WYKONYWANIEM ZAWODU KIEROWCY**

Oświadczam, że posiadam uprawnienia do prowadzenia pojazdów w zakresie prawa jazdy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | **kategoria prawa jazdy** | **ważne od** | **ważne do** | **ograniczenia** |
| **1.** | **B** |  |  |  |
| **2.** | **C1** |  |  |  |
| **3.** | **C** |  |  |  |
| **4.** | **D1** |  |  |  |
| **5.** | **D** |  |  |  |
| **6.** | **B+E** |  |  |  |
| **7.** | **C1+E** |  |  |  |
| **8.** | **C+E** |  |  |  |
| **9.** | **D1+E** |  |  |  |
| **10** | **D+E** |  |  |  |

………………………………………. ………………………………………………

data czytelny podpis wnioskującego o bon

**Wypełnia pracownik PUP**

Potwierdzam zgodność danych z dokumentem prawa jazdy ……………………………………

numer prawa jazdy

lub z innym dokumentem potwierdzającym posiadanie uprawnień przez wnioskodawcę

(np. arkusz przebiegu egzaminu praktycznego)

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

…………………………………. ……..………………………………………

data czytelny podpis pracownika PUP

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY   
O MOŻLIWOŚCI ZATRUDNIENIA**

**Oświadczam, że po ukończeniu przez Pana/Panią:**

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

**Szkolenia / studiów podyplomowych / uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności:**

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

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

**Mam możliwość zatrudnić ww. osobę / utrzymać zatrudnienie ww. osoby na stanowisku:**

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

**Zatrudnienie nastąpi od dnia:**

…………………………………………………………………………………………………

**Nazwa i adres zakładu pracy oraz NIP, REGON, numer telefonu:**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

**Imię i nazwisko osoby, z którą można się kontaktować w sprawie zatrudnienia:** …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

miejscowość i data pieczątka i podpis pracodawcy

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO ZAKOŃCZENIU REALIZACJI BONU**

1. **Nazwa uzyskanej formy wsparcia:**

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. **Dokładny zakres / tematyka uzyskanego wsparcia:**

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

1. **Opis planowanego przedsięwzięcia (działalności gospodarczej):**

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

Oświadczam, że zamierzam podjąć powyższą działalność gospodarczą[[8]](#footnote-8):

1. z własnych środków finansowych;
2. będę ubiegać się o środki z PUP we Wschowie na rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej

…………………………… …..……………………………………….

dataczytelny podpis wnioskującego o bon

*Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO), informujemy że:*

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie reprezentowany przez Dyrektora Urzędu z siedzibą w:

ul. Staroleszczyńska 13,13A, 67 – 400 Wschowa, tel.: 65 5497424, e – mail: ziws@praca.gov.pl

* W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): Tomasz Wadas; e - mail: [iodo@pupwschowa.pl](mailto:iodo@pupwschowa.pl) tel:65 549 7424
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: wypłaty świadczeń, aktywizacji, realizacji ubezpieczenia społecznego oraz wykonywania przez PUP innych obowiązków i zadań wynikających z przepisów prawa.
* Podstawą przetwarzania danych osobowych jest:

- art. 6 pkt.1 lit. c RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,

- art. 47 ustawy z dnia 20 marca 2025 r o rynku pracy i służbach zatrudnienia

* Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
  + Sygnity Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Franciszka Klimczaka 1, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w celu właściwej realizacji przedmiotu Umowy o świadczenie usług polegających na diagnozowaniu i usuwaniu błędów i awarii systemu informatycznego oraz na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (dalej: Umowa SEPI) w celu właściwej realizacji przedmiotu Umowy SEPI o świadczenie usług polegających na udostępnieniu systemu informatycznego umożliwiającego dwustronną wymianę dokumentów elektronicznych z jednostkami pomocy społecznej właściwymi dla siedziby Urzędu.
  + Poczta Polska na podstawie przepisów ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe oraz umowy o świadczenie usług pocztowych – wyłącznie w przypadku prowadzenia korespondencji pocztowej i w przypadku wypłat gotówkowych należnych świadczeń.
  + Bank Spółdzielczy we Wschowie, ul. Daszyńskiego 19, 67-400 Wschowa, na podstawie umowy o świadczenie usług bankowych - wyłącznie w przypadku konieczności regulowania zobowiązań finansowych i realizacji przelewów świadczeń.
* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy, a także przez okres wynikający z przepisów prawa dotyczących archiwizacji dokumentacji, w tym w szczególności z przepisów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, rzeczowych wykazów akt oraz organizacji i działania archiwów zakładowych. Jeżeli w okresie przechowywania danych zostanie wszczęte postępowanie lub wytoczone powództwo, okres przetwarzania danych ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.
* Posiada Pani/Pan prawo do edycji, wglądu, informacji o źródle pozyskania, sprzeciwu na dalsze przetwarzanie, a także prawo do bycia zapomnianym, chyba że w przepisach prawa wyraźnie wskazano inaczej lub żądanie stoi w sprzeczności z prawnie uzasadnionym interesem Administratora.
* Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w Polsce jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
* Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.
* Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw trzecich (tj. państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego obejmującego Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię) lub do organizacji międzynarodowych.
* Podanie danych jest wymogiem ustawowym w zakresie zadań wynikających z ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia
* Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji przez PUP praw wynikających z ustawy w tym w szczególności rejestracji, wypłaty świadczeń, aktywizacji, realizacji ubezpieczenia społecznego.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z obowiązkami wynikającymi z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (RODO). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji bonu na kształcenie ustawiczne i innych działań związanych z realizacją bonu na kształcenie ustawiczne przez Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie.*

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

data czytelny podpis wnioskującego o bon

**ROZPATRZENIE WNIOSKU BEZROBOTNEGO LUB POSZUKUJACEGO PRACY DOTYCZĄCEGO UDZIELENIA BONU NA KSZTAŁCENE USTAWICZNE**

**Dotyczy wniosku:** ………………………………………………………………………………

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

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

**1. Opinia doradcy ds. zatrudnienia dotycząca przyznania bonu:**

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

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

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

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

………………….. ……….….…………………………………

data podpis i pieczątka doradcy ds. zatrudnienia

**2. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**

**2.1 Czy kandydat spełnia warunki do otrzymania bonu na kształcenie ustawiczne:** …………… (tak / nie)

**jeżeli nie to dlaczego:** ……………………………………………………………………………

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

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

**2.2 Czy występuje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie:** ...…………(tak / nie)

………………… ……….….……………………………………

data podpis i pieczątka spec. ds. rozwoju zawodowego

**3. Opinia doradcy zawodowego[[9]](#footnote-9):** …………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

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

………………………. ……………………………………………

data podpis i pieczątka doradcy zawodowego

**Zasadne jest udzielenie formy pomocy / nie jest zasadne udzielenie formy pomocy[[10]](#footnote-10)**

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

data podpis i pieczątka Dyrektora PUP

Załącznik nr 1

**INFORMACJA DOTYCZĄCA SZKOLENIA W RAMACH BONU NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

**(WYPEŁNIA INSTYTUCJA SZKOLENIOWA)**

1. **Nazwa instytucji szkoleniowej** …………………………………………………………..

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

1. **Adres instytucji szkoleniowej** ……………………………………………………………..

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

1. **Adres do doręczeń elektronicznych** ……………………………………………………..

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

1. Nr telefonu …………………………………………………………………………………….
2. Osoba upoważniona do kontaktu ……………………………………………………………
3. **Nazwa szkolenia** ……………………………………………………………………………..
4. **Termin szkolenia** ……………………………………………………………………………..
5. **Koszt szkolenia** ………………………………………………………………………………
6. **Liczba godzin szkolenia** …………………………………………………………………….
7. **NIP** ……………………………………………………………………………………………
8. **REGON** ……………………………………………………………………………………….
9. **Numer nadany w Rejestrze Instytucji Szkoleniowych** ……………………………………………………………………………………………….
10. **Numer rachunku bankowego instytucji szkoleniowej**

------

1. Dodatkowe wymagania wstępne dla kandydata na szkolenie

……………………………………………………………………………………………….

……………………..……………………………………..

data i podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową

1. W przypadku wnioskowania o studia podyplomowe załączyć kopię wszystkich posiadanych

   dyplomów ukończenia studiów I lub II stopnia [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy zaznaczyć jedną formę wsparcia [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku wnioskowania o szkolenie należy załączyć dokument wydany przez instytucję szkoleniową, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego wniosku. W przypadku wnioskowania o studia podyplomowe należy załączyć dokument wydany przez organizatora studiów podyplomowych zawierający informację o nazwie, terminie realizacji, koszcie studiów, numerze konta oraz harmonogramie płatności. W przypadku wnioskowania o sfinansowanie kosztów potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności, należy załączyć dokument wydany przez instytucję potwierdzającą nabycie wiedzy i umiejętności lub wydającą dokument potwierdzający nabycie wiedzy i umiejętności, zawierający informację o numerze konta do dokonywania wpłat za wnioskowaną formę wsparcia oraz nazwę i planowy termin potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznaczyć właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-4)
5. Wpis do Bazy Usług Rozwojowych obowiązuje od 01.01.2026 r. Na podstawie art. 106 ustawy z dnia 20 marca o rynku pracy i służbach zatrudnienia szkolenia realizują podmioty wpisane do rejestru, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości [↑](#footnote-ref-5)
6. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-6)
7. Zaznaczyć właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-7)
8. Zaznaczyć właściwą odpowiedź [↑](#footnote-ref-8)
9. Opinia doradcy zawodowego w przypadku skierowania na badania lekarskie lub psychologiczne [↑](#footnote-ref-9)
10. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-10)