

Powiatowy Urząd Pracy w Policach  
ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police  
centrala 91 424 08 60  
fax 91 317 66 81  
e-mail: szpo@praca.gov.pl

Krajowy Fundusz  
Szkoleniowy



www.police.praca.gov.pl

Znak: II.....

.....  
(miejscowość, data)

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 5  
72 - 010 POLICE**

**WNIOSEK  
DOTYCZĄCY PRYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO  
DLA OSOBY BEZROBOTNEJ W WIEKU DO 30 ROKU ŻYCIA**

**POUCZENIE**

- Wniosek należy złożyć w formie:  
papierowej osobiście lub za pośrednictwem poczty na adres tut. Urzędu  
(ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police) lub elektronicznej poprzez platformę **www.praca.gov.pl**  
po opatrzeniu kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym.
- Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę,  
nie zawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany,
- Rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie 30 dni od dnia jego złożenia
- Wartość bonu szkoleniowego może zostać przyznana do wysokości 100% przeciętnego  
wynagrodzenia obowiązującego w dniu jego przyznania.
- Przeciętne wynagrodzenie – zgodne z zapisem art.2 ust. 1 pkt 28 ustawy o promocji zatrudnienia  
i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm).
- W sytuacji, gdy koszt szkolenia jest wyższy niż wartość bonu szkoleniowego, wówczas zgodnie z art.  
41 ust. 5 ustawy o promocji zatrudnienia, urząd pracy będzie finansował koszt szkolenia do wysokości  
określonej w bonie szkoleniowym, natomiast wnioskodawca będzie zobowiązany do uregulowania  
pozostałej należności.
- Złożenie wniosku nie zwalnia z obowiązku stawienia się na obowiązkowe wizyty w Urzędzie Pracy  
w wyznaczonych terminach.

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY  
(OSOBY BEZROBOTNEJ ZAREJESTROWANEJ W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W POLICACH)**

1. **Imię i nazwisko:** .....

bezrobotny  poszukujący pracy

2. **PESEL:**

(w przypadku cudzoziemca nr  
dokumentu potwierdzającego  
tożsamość)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. **Adres:** .....

4. **Telefon kontaktowy:** .....

5. e-mail: .....
6. Posiadany stopień niepełnosprawności:  tak  nie
- lekki  znaczny  umiarkowany
7. Data rejestracji w Urzędzie Pracy: .....
- podstawowe  gimnazjalne  zasadnicze zawodowe
8. Poziom wykształcenia:  średnie zawodowe  policealne  wyższe
- średnie ogólne
9. Wyuczony zawód/zawody: .....
- .....
- .....
10. Posiadane uprawnienia, doświadczenie w zawodzie: .....
- .....
- .....
11. Ukończone kursy, szkolenia, (w tym szkolenia organizowane przez Urząd Pracy w Policach lub inny urząd oraz rok ich odbycia): .....
- .....
- .....

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

**1. Koszt szkolenia**

- *proszę podać nazwę i zakres szkolenia, koszt szkolenia, planowany termin szkolenia, nazwa i adres instytucji szkoleniowej*

.....

.....

.....

.....

**2. Koszt badań lekarskich i psychologicznych**

- *należy wypełnić w przypadku gdy wniosek dotyczy sfinansowania badań lekarskich i psychologicznych, proszę podać koszt badań oraz nazwę i adres jednostki przeprowadzającej badania lekarskie i psychologiczne*

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

**3. Koszty przejazdu na szkolenie**

- *należy wypełnić w przypadku, gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania*
- **Uwaga:** Jeżeli zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania, kwota na dojazdy będzie wypłacona wnioskodawcy w formie ryczałtu w wysokości:
  - do 150 zł - w przypadku szkolenia trwającego do 150 godzin,
  - powyżej 150 zł do 200 zł - w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin.

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

**4. Zakwaterowanie**

- *należy wypełnić w przypadku, gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania)*
- **Uwaga:** Jeżeli zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania, kwota zakwaterowania będzie wypłacona wnioskodawcy w formie ryczałtu w wysokości:
  - do 550 zł - w przypadku szkolenia trwającego poniżej 75 godzin,
  - powyżej 550 zł do 1100 zł - w przypadku szkolenia trwającego od 75 do 150 godzin,
  - powyżej 1100 zł do 1500 zł - w przypadku szkolenia trwającego ponad 150 godzin.

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

**III. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRYZNANIA BONU**

- należy przedstawić argumentację przemawiającą za organizacją szkolenia uzasadniając możliwości znalezienia zatrudnienia,

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

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

**IV. INFORMACJA WNIOSKODAWCY O MOŻLIWOŚCI PODJĘCIU ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZONYM SZKOLENIU**

**WYJAŚNIENIE:**

Osoba bezrobotna zobowiązana jest do wykazania celowości odbycia szkolenia poprzez wskazanie jednej z poniższych możliwości tj.:

- analizę ogłoszeń dotyczących ofert pracy lub
- deklarację o zamiarze rozpoczęcia działalności gospodarczej lub
- deklarację pracodawcy o zatrudnieniu bezrobotnego po ukończonym szkoleniu.

**OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że w ciągu 3 miesięcy od daty zakończenia szkolenia zamierzam podjąć zatrudnienie w ramach umowy o pracę w wymiarze równym/przekraczającym\* 1/2 etatu na okres pracy równy/przekraczający\* 1 pełny miesiąc na podstawie:

**1. ANALIZY OOGŁOSZEŃ DOTYCZĄCYCH OFERT PRACY**

Do wniosku załączam oferty pracy

(wyłącznie odpowiadające posiadanym przeze mnie  tak  nie  
kompetencje i kwalifikacje zawodowe)

Liczba załączonych ofert pracy .....

**2. DEKLARACJI O ZAMIARZE ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Zamierzam otworzyć po szkoleniu własną działalność  tak  nie  
gospodarczą

Będzie ona finansowana z następujących funduszy  środki własne  dotacja z Urzędu Pracy

**3. DEKLARACJI PRACODAWCY O ZATRUDNIENIU OSOBY PO UKOŃCZONYM SZKOLENIU**

Deklaruję zatrudnienie po zakończeniu szkolenia

(wyłącznie w wymiarze równym lub przekraczającym  tak  nie  
½ etatu na okres równy lub przekraczający 1 pełny miesiąc)

Nazwa zakładu pracy

Adres zakładu pracy

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

.....  
(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

## **DECYZJE W SPRAWIE SPOSOBU ROZPATRZENIA WNIOSKU**

proszę przesłać w postaci dokumentu elektronicznego na wskazany poniżej adres e-mail:

.....

*Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (wynikającej z art. 233 kodeksu karnego) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, przez Powiatowy Urząd Pracy w Policach, w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych (ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2019 r., poz. 1781.), oraz 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, dla celów związanych z procedurą oceny złożonego przeze mnie wniosku.*

*Administrator – Powiatowy Urząd Pracy w Policach z siedzibą w Policach ul. T. Kościuszki 5. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków Administratora zamieszczona jest na stronie BIP (<http://bip.pup.policki.pl>), w zakładce „ochrona danych osobowych”.*

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej  
wniosek)