

Dyrektor  
Powiatowego Urzędu Pracy w Szczecinie  
ul. Mickiewicza 39, 70-383 Szczecin

.....  
(pieczęć pracodawcy)

**Wniosek o przyznanie refundacji kosztów szkolenia  
pracowników niepełnosprawnych**

- 1) Nazwa i adres siedziby pracodawcy .....
- .....
- .....
- 2) Status prawny i podstawa działania .....
- .....
- 3) Numery:  
NIP.....,REGON.....,PKD.....
- 4) Numer rachunku bankowego pracodawcy .....
- 5) Wnioskowana kwota refundacji\*/ .....
- 6) Planowane do poniesienia koszty szkolenia ogółem .....zł, w tym:
- a) Koszty usług świadczonych przez osoby prowadzące szkolenie poniesione za godziny, podczas których prowadzą one szkolenie .....zł;
- b) Koszty usług tłumacza języka migowego, tłumacza-przewodnika, lektora dla osób niewidomych lub opiekuna zatrudnionej osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności.....zł;
- c) koszty podróży osób prowadzących szkolenie, uczestników szkolenia, tłumacza języka migowego, tłumacza-przewodnika, lektora dla osób niewidomych lub opiekuna zatrudnionej osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności .....zł;
- d) koszty zakwaterowania i wyżywienia uczestników szkolenia .....zł;
- e) koszty usług doradczych.....zł;
- f) koszty obsługi administracyjno-biurowej.....zł;
- g) koszty wynajmu pomieszczeń .....zł;
- h) koszty amortyzacji wyposażenia i narzędzi, z wyłączeniem wyposażenia i narzędzi zakupionych w ramach wsparcia ze środków publicznych w okresie siedmiu lat przed realizacją szkolenia.....zł;
- i) koszty materiałów szkoleniowych .....zł;
- j) wydatki obejmujące koszty płacy pracownika niepełnosprawnego za czas, w którym pracownik ten uczestniczy w szkoleniu.....zł

7) Opis projektu szkoleniowego wraz z uzasadnieniem jego wyboru oraz informacją o spodziewanych skutkach jego realizacji.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8) Miejsce i termin realizacji szkolenia.....

.....

.....

.....

.....

9) Informacja o liczbie osób niepełnosprawnych, które wezmą udział w szkoleniu.....

9) Informacja o stanie zatrudnienia ogółem .....,  
w tym osób niepełnosprawnych .....

10) Oświadczam, że ..... z wymagalnymi zobowiązaniami wobec  
(wpisać: „zalegam” lub „nie  
zalegam”)  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

11) Wielkość przedsiębiorcy .....  
(wpisać: „mały” lub „średni” lub „duży”)

..... , .....,  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis pracodawcy)

Załączniki:

- 1) Informacja RODO (załącznik nr 1).
- 2) Klauzula dla przedsiębiorców, którzy nie posiadają osobowości prawnej (osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą wpisane do CEIDG) (załącznik nr 2).

- 3) Informacja o wysokości otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy, o których mowa w art. 37 ust. 5 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 362 tekst jedn.) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacji.
- 4) Umowa o pracę (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) pracownika(ów) niepełnosprawnego(nych) kierowanego(nych) na szkolenie.
- 5) Orzeczenie o niepełnosprawności (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) pracownika(ów) kierowanego(nich) na szkolenie.
- 6) Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
- 7) Informację o Instytucji szkoleniowej, która przeprowadzi szkolenie wraz ze wskazaniem pełnej nazwy wnioskowanego szkolenia, podanym miejscem, kosztem szkolenia oraz terminem rozpoczęcia i zakończenia szkolenia (harmonogram szkolenia).

<sup>\*/</sup> 70% kosztów szkolenia kwalifikujących się do objęcia pomocą – w odniesieniu do średnich i małych przedsiębiorstw;  
60% kosztów szkolenia kwalifikujących się do objęcia pomocą – w odniesieniu do dużych przedsiębiorstw.

## Załącznik nr 1

do wniosku o przyznanie refundacji kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych

### INFORMACJA

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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r ), dalej RODO:

- 1) Administratorem danych osobowych powierzonych przez Pracodawcę jest Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, przy ul. Mickiewicza 39, 70-383 Szczecin, reprezentowanym przez Dyrektora Urzędu;
- 2) W Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie jest powołany Inspektor ochrony danych; dane kontaktowe: tel. +48 91 4254926, e-mail: [iod@pupszczecin.pl](mailto:iod@pupszczecin.pl);
- 3) Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511 t.j. ze zm.) oraz z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2018 poz.1265 t.j.) na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, c, f oraz Art. 9 ust.2 lit. b, f, g - RODO;
- 4) Osoba, której dane osobowe zostały powierzone posiada prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
- 5) Osoba, której dane osobowe zostały powierzone ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepis y RODO;
- 6) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem - ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511 t.j. ze zm.) i ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2018 poz. 1265 t.j.) jest obligatoryjne;

Pracodawca oświadcza, iż zapoznał się z treścią powyższej informacji

.....  
( miejscowość, data)

.....  
(podpis Pracodawcy)

**Załącznik nr 2**

do wniosku o przyznanie refundacji kosztów szkolenia pracowników niepełnosprawnych

**Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców, którzy nie posiadają osobowości prawnej (osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą wpisane do CEIDG)**

**Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie informuje Panią/Pana o realizacji nałożonego na administratora obowiązku informacyjnego istniejącego w przypadku zbierania danych osobowych.**

Zgodnie z art 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r ), dalej RODO, informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie z siedzibą w 70-383 Szczecin, ul. Mickiewicza 39 – reprezentowany przez Dyrektora Urzędu.
- 2) W Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie jest powołany Inspektor ochrony danych. z którym można skontaktować się pod numerem telefonu: +48 91 42 54 926 lub e-mail: [iod@pupszczecin.pl](mailto:iod@pupszczecin.pl).
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz, z którymi zawarto umowy powierzenia danych lub na podstawie innego instrumentu prawnego.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt. 3 celu przetwarzania lecz nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji;
- 6) Przysługuje Pani/Panu prawo w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie do:
  - dostępu do treści danych osobowych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych lub do ich usunięcia,
  - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 RODO,
  - żądania przeniesienia danych osobowych.
- 7) W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest w Polsce Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 8) Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

Zapoznałem/am się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)