

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* /zł;
- 6) Planowane do poniesienia koszty szkolenia ogółemzł, w tym:
- a) Koszty usług świadczonych przez osoby prowadzące szkolenie poniesione za godziny, podczas których prowadzą one szkoleniezł;
- 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 niepełnosprawnościzł;
- d) koszty zakwaterowania i wyżywienia uczestników szkoleniazł;
- e) koszty usług doradczych.....zł;
- f) koszty obsługi administracyjno-biurowej.....zł;
- g) koszty wynajmu pomieszczeńzł;
- 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 szkoleniowychzł;
- 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 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 2016 r., poz. 1808 z późn. zm.), w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia refundacji;
- 2) Umowa o pracę (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) pracownika(ów) niepełnosprawnego(nych) kierowanego(nych) na szkolenie;
- 3) orzeczenie o niepełnosprawności (kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) pracownika(ów) kierowanego(nich) na szkolenie.

*/ 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.