

Data wpływu

Nr sprawy:
CAZ.I.7.2.7301.

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
KOSZTÓW SZKOLENIA**

I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY:

1. Nazwisko i imię:
2. Dowód osobisty: seria nr
3. Miejsce zamieszkania (z kodem):
.....
4. Telefon:
5. Nr PESEL: NIP:
6. Rok urodzenia:
7. Wykształcenie:
 podstawowe zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe wyższe
zawód wyuczony:
zawód dotychczas wykonywany:
ukończone kursy:
8. Data rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie:
9. Najbliższy (wyznaczony) termin stawienia się w Powiatowym Urzędzie Pracy:

II. OPIS WNIOSKOWANEGO KIERUNKU SZKOLENIA

1. Wnioskowany kierunek szkolenia:
.....
.....

2. Uzasadnienie ubiegania się o szkolenie lub przekwalifikowanie:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Oferta instytucji szkoleniowej:

nazwa instytucji szkoleniowej:

.....

nazwa kursu (szkolenia):

.....

termin rozpoczęcia i przewidywany czas trwania kursu:

.....

przewidywany koszt szkolenia:

wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

4. Czy zachodzi konieczność korzystania z pomocy tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności albo też innej pomocy?

Jeśli tak, podaj rodzaj pomocy:

5. Dodatkowe informacje dotyczące kursu (wypełnia powiatowy urząd pracy):

.....

.....

III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. O wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) miesięczny dochód wnioskodawcy:

2) miesięczny dochód współmałżonka wnioskodawcy:

3) miesięczne dochody innych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

.....

4) liczba osób (łącznie z wnioskodawcą) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

.....

2. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON:

1) numer zawartej umowy:

2) cel i data przyznania dofinansowania oraz stan rozliczenia:

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Wnioskodawcy)

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ NASTĘPUJĄCE ZAŁĄCZNIKI:

- 1) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy
- 2) Kserokopie świadectwa ukończenia szkoły
- 3) Uprawdopodobnienie, że wnioskowane szkolenie zapewni uzyskanie pracy.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy

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 z 4.05.2016 r str. 1, ze zm.), 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 - dane kontaktowe: tel. +48 91 4254926, e-mail: iod@pupszczecin.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także zgodności tych czynności z przepisami prawa;
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. b, c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511 t. j. ze zm.), ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 poz. 1265 ze zm.) oraz przepisów wykonawczych do ustawy.
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są instytucje upoważnione z mocy prawa, w zakresie w jakim realizują obowiązek ustawy/statutowy oraz podmioty przetwarzające na zlecenie i w imieniu administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonych w umowie usług np.: pocztowych, teleinformatycznych, dostarczanie lub utrzymanie systemów informatycznych, usług prawnych i doradczych.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 7) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu wskazanego w pkt. 3, a po jego zakończeniu przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. 2018 r. poz. 217 ze zm.) zgodnie z Jednolitym Rzeczymym Wykazem Akt administratora.
- 8) Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do swoich danych osobowych oraz ich kopii, prawo do sprostowania swoich danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych, prawo do usunięcia swoich danych osobowych, w szczególności w przypadku cofnięcia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie, gdy nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania, prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, w przypadkach, kiedy przetwarzamy Pani/Pana dane na podstawie naszego prawnie usprawiedliwionego interesu, prawo do przenoszenia swoich danych osobowych w zakresie unormowanym w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych.

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

2) o potrzebie skierowania wnioskodawcy na specjalistyczne badania lekarskie i psychologiczne poprzedzające szkolenie:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis doradcy zawodowego)

V. ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY O SPOSOBIE ZAŁATWIENIA WNIOSKU

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

.....
(pieczętka i podpis pracownika PUP)

.....
(miejsowość)

.....
(data)

.....
(pieczęć pracodawcy)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
o zamiarze powierzenia odpowiedniej pracy

Niniejszy oświadczam, że zamierzam powierzyć odpowiednią pracę

.....
(imię i nazwisko osoby – kandydata do pracy)

po ukończeniu przez tę osobę wskazanego szkolenia w zakresie

.....
(wymienić kierunek lub nazwę szkolenia)

Informacje dodatkowe:

- 1) rodzaj działalności pracodawcy
- 2) osoba reprezentująca pracodawcę
- 3) tel. do kontaktu z pracodawcą

.....
(podpis pracodawcy, pieczęć imienna)