

Grodzisk Mazowiecki, dnia.....

**STAROSTA GRODZISKI**  
**za pośrednictwem**  
**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**  
**w Grodzisku Mazowieckim**  
**ul. T. Kościuszki 30**  
**05 – 825 Grodzisk Mazowiecki**

**WNIOSEK**  
**o skierowanie na szkolenie indywidualne finansowane ze środków PFRON**  
**dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu**

Podstawa prawna: art. 38, 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 44).

**Cz. I wypełnia osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

I. Nazwa wnioskowanego szkolenia

.....  
.....

**II. Dane osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu**

Nazwisko i imię:.....

Adres.....

PESEL ....., nr telefonu kontaktowego.....

Wykształcenie: poziom....., zawód wyuczony:.....

Dodatkowe uprawnienia:.....

Data ostatniej rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy w Grodzisku Maz.....

Osoba prowadzi gospodarstwo domowe:   \* indywidualnie                           \*wspólnie

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie osoby niepełnosprawnej, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku:.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

Czy osoba korzystała ze środków PFRON?:.....

Przebieg pracy zawodowej:

Okres pracy		Nazwa zakładu pracy	Stanowisko/zakres wykonywanych zadań	Sposób rozwiązania umowy o pracę
Od	Do			

### III. Celowość szkolenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Uwaga!

Do wniosku należy dołączyć wypełnione przez pracodawcę Oświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu po ukończonym szkoleniu indywidualnym lub Oświadczenie o podjęciu własnej działalności gospodarczej.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Wnioskuje o skierowanie na szkolenie indywidualne do:**

Nazwa i adres jednostki szkoleniowej

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

1. Koszt szkolenia wynosi .....zł

2. Planowany termin szkolenia od .....do .....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Cz. II wypełniają pracownicy PUP**

1. Opinia doradcy zawodowego:

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

.....  
(data, podpis i pieczęć)

2. Opinia pośrednika pracy:

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

.....  
(data, podpis i pieczęć)

3. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

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

.....  
(data, podpis i podpis)

4. Decyzja osoby upoważnionej:

**Wniosek rozpatrzono:**

**POZYTYWNIENIE/NEGATYWNIENIE\***

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

\* niepotrzebne skreślić