

Data wpływu:

Nr sprawy:

Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

### Szkolenia dla osób poszukujących pracy

#### DANE WNIOSKODAWCY

##### DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Województwo:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**ADRES DO KORESPONDENCJI** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Województwo:	

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ****STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
<b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

## WYKSZTAŁCENIE I PRZEBIEG ZATRUDNIENIA

### WYKSZTAŁCENIE

Nazwa pola	Wartość
<b>Najwyższy posiadany poziom wykształcenia:</b>	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne i średnie <input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe
<b>Informacja o wykształceniu:</b>	
<b>Czy ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Opis ukończonych kursów, szkoleń, posiadanych uprawnień:</b>	
<b>Czy dodatkowe umiejętności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<b>Opis dodatkowych umiejętności:</b>	
---------------------------------------	--

### PRZEBIEG ZATRUDNIENIA

Stanowisko	Data od	Data do

### ŚREDNI DOCHÓD

**Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

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

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

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?**

Nie  
 Tak

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANÝCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

### INFORMACJE O SZKOLENIU

**Zwracam się z prośbą o skierowanie i sfinansowanie indywidualnego szkolenia:**

Nazwa pola	Wartość
Nazwa szkolenia:	
Nazwa organizatora szkolenia:	
Nr telefonu organizatora szkolenia:	
E-mail organizatora szkolenia:	
Planowany termin szkolenia od:	
Planowany termin szkolenia do:	
Miejsce realizacji szkolenia:	

<b>Czy konieczne jest wsparcie tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Uzasadnienie potrzeby wsparcia:</b>	
<b>Uzasadnienie celowości szkolenia:</b>	
<b>Do wniosku załączam informacje o wybranym przez siebie szkoleniu lub informacje uzasadniające celowość szkolenia</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Składniki dofinansowania	Czy wnioskuję o dofinansowanie	Kwota wnioskowana
Należność przysługująca jednostce szkolącej:	<input type="checkbox"/> Tak	
Koszt ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Koszt przejazdu na szkolenie, w tym koszt przejazdu przewodnika lub opiekuna osoby zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Koszt zakwaterowania i wyżywienia w części albo całości:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Koszt usług tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Koszt niezbędnych badań lekarskich, psychologicznych, diagnostycznych i usług rehabilitacyjnych:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Suma przewidywanych kosztów szkolenia:		

### OŚWIADCZENIA

#### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.

2. Posiadam wiedzę, że zgodnie z ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia osoba poszukująca pracy, która z własnej winy po skierowaniu przez PUP lub zawarciu umowy nie podjęła lub przerwała realizację formy pomocy traci status osoby poszukującej pracy na okres 90 dni od dnia następnego po dniu skierowania lub zawarcia umowy albo od dnia przerwania realizacji, chyba że powodem niepodjęcia lub przerwania realizacji było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
3. Posiadam wiedzę, że zgodnie z art. 40 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, osoba niepełnosprawna, która nie ukończyła szkolenia z własnej winy, jest obowiązana do zwrotu jego kosztów, chyba że powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia.
4. Posiadam wiedzę, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przeznaczonych na szkolenia w trybie indywidualnym, zostaną poinformowany/poinformowana o sposobie rozpatrzenia wniosku w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia kompletnego wniosku. Kompletny wniosek jest rozpatrywany w terminie 30 dni od dnia jego złożenia.
5. Dobrowolnie wskazałem/am instytucję szkoleniową, z którą może zostać zawarta umowa w sprawie sfinansowania kosztów szkolenia i znany jest mi program szkolenia.
6. Zostałem poinformowany/a o udostępnieniu moich danych osobowych instytucji szkoleniowej dla celów realizacji umowy na szkolenie, w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania.
7. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Klauzulą RODO.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

*Podpis wnioskodawcy*

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista