



POWIATOWY URZĄD PRACY
w LUBLINIE Filia w Bychawie
ul. Mickiewicza 11, 23-100 Bychawa,
☎ 081 566-00-36,
📠 081 566-02-89

REGON: 431214322 NIP: 712-25-25-279



CENTRUM
AKTYWIZACJI
ZAWODOWEJ

www.puplublin.pl e-mail: szkolenia.by@puplublin.pl; pupbychawa@puplublin.pl



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu

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

<input type="checkbox"/> 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

Rodzaj niepełnosprawności:	<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
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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

WYKSZTAŁCENIE I PRZEBIEG ZATRUDNIENIA

WYKSZTAŁCENIE

Nazwa pola	Wartość
Najwyższy posiadany poziom wykształcenia:	<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
Informacja o wykształceniu:	
Czy ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Opis ukończonych kursów, szkoleń, posiadanych uprawnień:	
Czy dodatkowe umiejętności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Opis dodatkowych umiejętności:	
--------------------------------	--

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 OTRZYMANYCH 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:	

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

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 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba poszukująca pracy, która nie podjęła albo przerwała szkolenie traci status osoby poszukującej pracy na okres 120 dni od następnego dnia po dniu zaistnienia zdarzenia, o którym mowa w niniejszym punkcie.
- 3. Posiadam wiedzę, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba poszukująca pracy, która nie ukończyła szkolenia z własnej winy, jest zobowiązana do zwrotu jego kosztów, chyba, że powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
- 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 szkolenia indywidualnego i znany jest mi program szkolenia.
- 6. Zostałem poinformowany/a o udostępnieniu moich danych osobowych instytucji szkoleniowej dla celów realizacji umowy na szkolenie indywidualne, w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania.

<i>Podpis wnioskodawcy</i>

A/ Propozycje pracy pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia: TAK/NIE *

B/ Plany podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu w/w szkolenia: TAK/NIE*

W przypadku zaznaczenie odpowiedzi TAK wskazać propozycje pracy/podjęte działania:

.....

.....

.....

.....

.....

Dołączam/nie dołączam* do wniosku informację o szkoleniu wskazanym przez osobę uprawnioną, uwzględniającą: nazwę i termin szkolenia, nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej, koszt szkolenia oraz inne istotne informacje o wskazanym szkoleniu.

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem organizacji szkoleń dla osób bezrobotnych i innych uprawnionych osób w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lublinie.

....., dn.

.....
Podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

I. Opinia doradcy klienta:

- a. czy w chwili obecnej PUP posiada propozycje odpowiedniej pracy TAK/NIE *
 - b. czy istnieje zapotrzebowanie na rynku pracy związane z wnioskowanym kierunkiem szkolenia TAK/NIE *
 - c. urząd posiada/posiadał oferty pracy związane z wnioskowanym kierunkiem szkolenia TAK/NIE *
- Status kandydata wg art. art. 49 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.....

.....
Data ostatniej rejestracji:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Szkolenie celowe/niecelowe*

.....
data i podpis doradcy klienta

II. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

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

Szkolenie celowe/niecelowe*

.....
data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

III. Decyzja Kierownika Filii Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie dotycząca sposobu rozpatrzenia wniosku:

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

.....
data i podpis Kierownika Filii

* Załącznik nr 1 Oświadczenie Wnioskodawcy.

Oświadczenie Wnioskodawcy

/dotyczy wniosków o rehabilitację zawodową osób niepełnosprawnych, finansowaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych/

W związku ze składanym do Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie wnioskiem o rehabilitację zawodową osób niepełnosprawnych, finansowaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie (PUP w Lublinie) – jako Administrator danych osobowych, informuje że będzie udostępnił Pani/Pana dane osobowe do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu realizacji zadań ustawowych związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. g RODO, wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Tym samym PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 00-828 Warszawa nr tel. 22 5055500 staje się odrębnym Administratorem Pani/Pana/Państwa danych osobowych.

W związku z powyższym oświadczam, że:

- posiadam / nie posiadam* konta wnioskodawcy w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW),
- w przypadku braku konta wnioskodawcy w SOW:

- Oświadczam, iż została mi przekazana klauzula informacyjna dotycząca RODO, z którą się zapoznałam/em i zrozumiałam/em jej treść. Zostałam/em również poinformowana/y o przysługujących mi prawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Oświadczam, że przekazuję dane osobowe świadomie i dobrowolnie.

- Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin korzystania z Systemu SOW dostępny na stronie <https://sow.pfron.org.pl/regulamin>

- Upoważniam Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie do założenia konta SOW w oparciu o dane z wniosku oraz poniższe:

Imię i nazwisko wnioskodawcy _____

Adres email _____ PESEL _____

Nr telefonu _____

Założenie ww. konta wnioskodawcy jest niezbędne do wprowadzenia złożonego przez Panią/Pana/Państwa wniosku do SOW.

* niepotrzebne skreślić

Lublin, dnia _____ r.

/podpis Wnioskodawcy/

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA WNIOSKODAWCÓW SKŁADAJĄCYCH
WNIOSEK O REHABILITACJĘ ZAWODOWĄ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH,
FINANSOWANĄ ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W RAMACH OBSŁUGI WNIOSKÓW W
SYSTEMIE SOW PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY W LUBLINIE.**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest:

1) PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa; adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa;

2) Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie, pod adresem ul. Mełgiewska 11C, 20-209 Lublin.

2. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się:

1) PFRON pod adresem poczty elektronicznej: iod@pfron.org.pl, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa;

2) Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie pod numerem telefonu (81) 566-00-36 wew.13, e-mail: iod@puplublin.pl lub listownie na ww. adres siedziby Administratora.

3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach:

1) Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu:

a. zarządzania Systemem SOW - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia zadania realizowanego w interesie publicznym w zakresie zabezpieczenia społecznego wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

b. realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

2) Dane osobowe przetwarzane są przez Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie tej osoby przed zawarciem umowy, a także art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3, odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- 1) podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami, o których mowa w pkt 3, świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne;
 - 2) podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW;
 - 3) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Administratorzy nie będą przekazywali danych osobowych do państw trzecich lub do organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe Pani/Pana będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z pkt 3, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów o archiwach. W przypadku Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie Pani/Pana dane będą przechowywane zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie na podstawie ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach*.
7. Użytkownikowi, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:
- 1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych;
 - 2) prawo żądania sprostowania i uzupełnienia danych;
 - 3) prawo do usunięcia danych;
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - 5) prawo do przenoszenia danych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 606 950 000, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl) W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Systemie SOW podanych danych osobowych, przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Administratorzy przetwarzają podane dane osobowe w celu realizacji obowiązku ustawowego. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku w postaci elektronicznej. Odmowa skutkuje również brakiem możliwości realizacji wobec Pani/Pana zadań wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

** akty prawne powołane w treści niniejszego dokumentu odnoszą się do ich brzmienia obowiązującego na dzień udostępnienia klauzuli informacyjnej.*