



e-mail: pup@pup.bedzin.pl
Skrytka ePUAP: /pupbedzin/SkrytkaESP
Adres do e-Doręczeń: AE:PL-61908-60879-IHCEW-19
Telefon kontaktowy: (32) 729-59-41, kom. 729-054-583

.....
/miejsowość, data/

Starosta Powiatu Będzińskiego
za pośrednictwem
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
ul. Ignacego Krasickiego 17A
42-500 Będzin

Nr wniosku (wypełnia PUP): DZF5120.2. .2026

WNIOSEK O SFINANSOWANIE:

- SZKOLENIA
 SZKOLENIA WRAZ Z POTWIERDZENIEM NABYCIA WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI LUB
UZYSKANIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO NABYCIE WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI
*(właściwe zaznaczyć)

Na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 r. poz. 620 z późn. zm. dalej: Ustawa) oraz w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 października 2025 r. w sprawie sposobu i trybu realizacji przez starostę pomocy bezrobotnym i poszukującym pracy w nabywaniu wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji (Dz. U. 2025 r. poz. 1499)

Część I - Wypełnia Wnioskodawca

I. Dane Wnioskodawcy	
1. Nazwa szkolenia:	
2. Imię i nazwisko:	
3. Numer PESEL (w przypadku jego braku, rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość):	
4. Adres zamieszkania:	
5. Adres do doręczeń:	
6. Adres elektroniczny (do e-doręczeń):	
7. Numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej:	Tel. e-mail

8. Wymagane uprawnienia do podjęcia szkolenia, jeżeli odrębne przepisy wymagają ich posiadania (proszę załączyć kopie przedmiotowych uprawnień):	
II. Szczegółowe uzasadnienie celowości szkolenia	
1. Należy wykazać konieczność uzyskania, zmiany lub podwyższenia wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji zawodowych, w odniesieniu do szans na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej:	
2. Do wniosku załączam (np. deklaracja zatrudnienia, oferty pracy itp.):	
III. Informacje o wybranym szkoleniu (wypełnienie tej części wniosku jest fakultatywne)	
1. Nazwa, adres oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP) instytucji szkoleniowej, która mogłaby przeprowadzić szkolenie:	
2. Termin szkolenia:	
3. Sposób realizacji szkolenia (właściwe zaznaczyć):	<input type="checkbox"/> stacjonarnie <input type="checkbox"/> za pomocą środków komunikacji elektronicznej <input type="checkbox"/> hybrydowo
4. Koszt szkolenia:	
5. Inne informacje o wskazanym szkoleniu, które osoba wnioskująca uzna za istotne:	

IV. Informacje dotyczące sfinansowania kosztów potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności (jeśli dotyczy)

1. Nazwa dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności i planowany termin jego uzyskania oraz planowany termin egzaminu, jeśli dotyczy:	
2. Uzasadnienie potrzeby sfinansowania tych kosztów:	

W okresie ostatnich 3 lat korzystałem/am z form pomocy, o których mowa w art. 99 ust.1 pkt 1-4, 6 i 7 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (*sfinansowanie kosztów szkoleń, potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub kosztów uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności, bonu na kształcenie ustawiczne, opłaty pobieranej za postępowanie nostryfikacyjne, opłaty za przeprowadzenie postępowania i wydanie decyzji w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu regulowanego albo do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanej*):

- TAK
 NIE

Jeżeli tak, proszę wskazać nazwę formy pomocy, termin realizacji, urząd pracy, który sfinansował wskazaną formę pomocy oraz koszt poniesiony przez urząd pracy na sfinansowanie formy pomocy:

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

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Informacją na temat udzielania pomocy w nabywaniu wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji obowiązującą w Powiatowym Urzędzie Pracy w Będzinie oraz z Informacją o prawach i obowiązkach osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy kierowanej do odbywania form pomocy z zakresu rozwoju umiejętności i podnoszenia kwalifikacji.
2. Mam aktywną /zawieszoną działalność gospodarczą: tak nie nie dotyczy.
3. **Dotyczy jeśli w pkt. 2 zaznaczono tak:** Nie posiadam zaległości podatkowych lub zaległości z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, FGŚP, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych, lub z tytułu niezgłoszenia do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń oraz w przypadku obowiązku ubezpieczenia w KRUS – z tytułu nieplacenia składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
4. Łączne koszty form pomocy udzielonych mi przez PUP, zgodnie z art. 108 Ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia, nie przekroczyły 450% przeciętnego wynagrodzenia w okresie kolejnych 3 lat.
5. Bez uzasadnionej przyczyny nie przerwałem/am realizacji formy pomocy określonej w Ustawie finansowanej z Funduszu Pracy, z wyłączeniem pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, chyba że powodem przerwania było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej na okres nie krótszy niż miesiąc.
6. Wszystkie dane oraz informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że wypełnienie niniejszego wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.

Wniosek powinien być wypełniony i podpisany w sposób czytelny. Niedopuszczalne jest modyfikowanie i usuwanie elementów wniosku. W przypadku braku miejsca na dokonanie wpisu w danej pozycji wniosku lub załączniku do wniosku, kontynuację wpisu należy zamieścić w odrębnym, odpowiednio oznaczonym załączniku do wniosku.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

Część II – Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy w Będzinie

1. Status Wnioskodawcy:

Bezrobotny

posiadający Kartę Dużej Rodziny

pow. 50 roku życia

niepełnosprawny

długotrwale bezrobotny

do 30 roku życia

samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko

Poszukujący pracy

do 30 roku życia

2. Forma pomocy zgodna z IPD:

TAK

NIE

NIE DOTYCZY

3. Opinia dotycząca dostosowania szkolenia/szkolenia z egzaminem do sytuacji i potrzeb Wnioskodawcy:

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

.....
(data i podpis doradcy do spraw zatrudnienia)

4. Opinia celowości skierowania Wnioskodawcy na szkolenie/szkolenie z egzaminem z uwzględnieniem weryfikacji predyspozycji psychofizycznych (jeśli dotyczy):

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

Konieczność skierowania na badania lekarskie/psychologiczne:

TAK

NIE

.....
(data i podpis doradcy zawodowego)

5. Informacja specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

- Spełnia określone przepisami warunki skierowania na szkolenie/szkolenie z egzaminem
- Nie spełnia warunków do skierowania na szkolenie/szkolenie z egzaminem

Uwagi:

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

.....
(data i podpis specjalisty do spraw rozwoju zawodowego)

Wniosek rozpatrzono:

- pozytywnie
- negatywnie

.....
(data i podpis Starosty lub osoby upoważnionej)