

|  |
| --- |
| **□ osoba powyżej 50 roku życia** **□ osoba  długotrwale bezrobotna** **□ osoba niepełnosprawna** **□ migrant**  |

|  |
| --- |
| **UZYSKANA LICZBA PKT** **………………………………..**  |

**ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE GRUPOWE**

**CZĘŚĆ I wypełnia osoba składająca zgłoszenie**

**DANE DOTYCZĄCE OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE**

**1.** **Imię i nazwisko:**.................................................................................................................................................

**2.** **Nr Pesel/ Nr dokumentu tożsamości w przypadku cudzoziemca:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Adres zamieszania** .............................................................................................................................................

**4. Adres do korespondencji** .................................................................................................................................
**5**. **Telefon kontaktowy:** .............................................................................................................................................
**6.** **Adres e-mail:** ........................................................................................................................................................

**7**. **Poziom wykształcenia:**  **□** podstawowe  **□** gimnazjalne  **□** zasadnicze zawodowe  **□** średnie zawodowe **□** średnie ogólne **□** policealne  **□** wyższe

**8.** **Wyuczony/e zawód/zawody** ................................................................................................................................
**9.** **Wykonywany/e zawód/zawody** .........................................................................................................................
**10.** **Posiadane uprawnienia zawodowe** ..................................................................................................................
.....................................................................................................................................................................................

**11. Ukończone kursy/szkolenia**................................................................................................................................
.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................
**INFORMACJE NA TEMAT WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA**
**1.** **Nazwa kierunku szkolenia, którym jest zainteresowany kandydat**................................................................

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

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

**2. Istotne informacje uzasadniające potrzebę odbycia szkolenia np. utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie z powodów zdrowotnych, utrata ważności uprawnień, posiadanie gwarancji zatrudnienia od pracodawcy, zamiar rozpoczęcia działalności gospodarczej, możliwość podjęcia zatrudnienia, stażu, inne powody**.....................................................

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

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

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

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

**ZASADY I KRYTERIA KWALIFIKOWANIA NA SZKOLENIA GRUPOWE:**

W pierwszej kolejności do udziału w szkoleniu będą kwalifikowane osoby bezrobotne należące do grupy osób bezrobotnych powyżej 50 roku życia, osób długotrwale bezrobotnych, osób bezrobotnych z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osób bezrobotnych będących migrantami. Jedynymi kryteriami kwalifikowania jakie zostaną zastosowane – w przypadku większej ilości zgłoszeń na szkolenie niż liczba miejsc na szkolenie - będą kryterium będzie czas pozostawania w rejestrze osób bezrobotnych od daty ostatniej rejestracji oraz wymagania projektu w zakresie wskaźnika udziału osób z danej grupy w projekcie „Aktywni zawodowo III”.

W przypadku braku zgłoszeń na szkolenie osób z w/w grup do udziału w szkoleniu zostaną zakwalifikowane osób bezrobotne nie należące do w/w grup, a kwalifikacja na szkolenie będzie dokonywane wg następujących kryteriów:

**Kryterium 1:** **udział w szkoleniu finansowanym przez PUP w Limanowej w** latach 2022 – 2024 lub 2025 r. - z wyłączeniem szkolenia z zakresu umiejętności aktywnego poszukiwania pracy **-** możliwość przyznania punktów: **UCZESTNICZYŁ – 0 pkt, NIE UCZESTNICZYŁ - 2 pkt,**

**Kryterium 2:** **przynależność do grup osób bezrobotnych będących w szczególnej sytuacji na rynku** pracy na podstawie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 214):

* osoba do 30 roku życia **(1 pkt);**
* osoba korzystająca zaświadczeń pomocy społecznej  **(1 pkt)** ;
* osoba posiadająca co najmniej 1 dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia **(1 pkt)**

**Kryterium 3:** **uzasadnienie celowości skierowania na szkolenie:**

* czas pozostawania w ewidencji osób bezrobotnych powyżej 12 miesięcy od ostatniej rejestracji (**3 pkt);**
* inne istotne informacje/powody uzasadniające potrzebę odbycia szkolenia np. utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie z powodów zdrowotnych, utrata ważności uprawnień, posiadanie gwarancji zatrudnienia od pracodawcy, zamiar rozpoczęcia działalności gospodarczej, możliwość podjęcia stażu, inne powody.(możliwość przyznania **0-1 pkt).**

Zgłoszenia na szkolenie z najwyższą liczbą punktów zostaną zakwalifikowane na listę podstawową, a pozostałe zgłoszenia wg liczby przyznanych punktów na listę rezerwową. W sytuacji rezygnacji kandydata z udziału w szkoleniu lub wystąpienia okoliczności uniemożliwiających skierowanie osoby zakwalifikowanej na listę podstawową, do udziału w szkoleniu zakwalifikowana zostaje kolejna osoba z listy rezerwowej posiadająca największą liczbę punktów. W sytuacji kiedy zgłoszenie na szkolenie uzyska taką samą liczbę punktów kryterium rozstrzygającym będzie czas pozostawania w rejestrze osób bezrobotnych od daty ostatniej rejestracji. W sytuacji braku możliwości skierowania do udziału w szkoleniu osób zakwalifikowanych na listę podstawową i rezerwową, Urząd będzie rekrutował kandydatów na bieżąco do momentu skierowania na szkolenie wymaganej liczby osób. Zgłoszenia te będą podlegały ocenie wyłącznie w zakresie spełniania warunków koniecznych do udziału w szkoleniu.

**OŚWIADCZENIA OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE GRUPOWE:**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/łam się z zasadami i kryteriami kwalifikowania na szkolenia grupowe,
2. Poinformowano mnie, że wypełnienie zgłoszenia nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie.
3. Wyrażam zgodę na przesłanie informacji o wynikach rekrutacji na wskazany w zgłoszeniu adres e-mail lub poprzez wiadomość SMS na wskazany w zgłoszeniu nr telefonu.
4. Poinformowano mnie, iż negatywny wynik badań lekarskich i/lub psychologicznych dyskwalifikuje mój udział w szkoleniu, bez względu na ilość uzyskanych punktów w procesie rekrutacji – w sytuacji kiedy wymagane jest przeprowadzenie takich badań.
5. Poinformowano mnie o przysługujących świadczeniach finansowych związanych z uczestnictwem w szkoleniu.
6. Poinformowano mnie, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2025 r., poz. 214) osoba, która odmówiła poddania się badaniom lekarskim i/lub psychologicznym, przyjęcia propozycji szkolenia, po skierowaniu nie podjęła szkolenia bądź przerwała je bez uzasadnionej przyczyny, traci status osoby bezrobotnej na okres 120 dni – w przypadku pierwszej odmowy, 180 dni – w przypadku drugiej odmowy, 270 dni – w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy, chyba że powodem odmowy lub przerwania było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej,
7. **Oświadczam, że\*:**

**□ posiadam zarejestrowaną** działalność gospodarczą o **nr REGON** ……………………………………….. której prowadzenie zostało zawieszone do dnia ……………………………………

**□ nie posiadam zarejestrowanej** działalności gospodarczej.

**8. Oświadczam, że\*:**

**□** w okresie ostatnich 3 lat **brałem/am udział szkoleniu/ach finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy ………………………………………………………, a łączna kwota środków na koszty szkolenia SPEŁNIA wymagania określone w art. 109a ust. 1 ustawy z dnia
20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 214), tj. NIE PRZEKRACZA dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie kolejnych trzech lat,**

**□** okresie ostatnich 3 lat **nie brałem/łan** udziału w szkoleniu/achfinansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy.

………………………………………………….. ……………………………………………………………………………..

 DATA ZŁOŻENIA ZGŁOSZENIA PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZGŁOSZENIE

**\*** właściwe zaznaczyć znakiem X

**CZĘŚC II wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej**

1. **OPINIA DORADCY KLIENTA:**
	1. **Cel szkolenia**:      **□**   przyuczenie do zawodu   **□**   doskonalenie zawodowe     **□**   przekwalifikowanie
	2. **Spełnienie warunków udziału w projekcie wspófinansowanym ze środków EFS**:
	**□**   spełnia:       **□**   nie spełnia
	3. **Zgodność szkolenia z działaniami określonymi i zaplanowanymi do realizacji w ramach Indywidualnego Planu Działania:**

**□**   występuje zgodność       **□**   brak zgodności

* 1. **Przynależność osoby do grup osób bezrobotnych w szczególnej sytuacji na rynku pracy:**

**□**   osoba długotrwale bezrobotna, **□**   osoba do 30 roku życia,

**□**   osoba korzystająca zaświadczeń pomocy społecznej  **□**   osoba powyżej 50 roku życia,

**□**   osoba niepełnosprawna

**□**   osoba posiadająca co najmniej 1 dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia

**□**   migrant

* 1. **Pozostawanie w rejestrze osób bezrobotnych od dnia** ………………….………………………….
	2. **Inne istotne informacje uzasadniające potrzebę odbycia szkolenia** ......................................................

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

…………............................................................................................................................................................

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

……………………….. …………………….…………………

 DATA PODPIS I PIECZĘĆ

**II. INFORMACJA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO**

**OCENA SPEŁNIANIA WARUNKÓW KONIECZNYCH UDZIAŁU W SZKOLENIU – jeżeli nie zostanie spełniony chociażby jeden z warunków koniecznych zgłoszenie nie podlega dalszej ocenie i zostaje odrzucone:**

* + 1. **Czy kandydat spełnia określone ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia
		20 kwietnia 2004 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 214) warunki do skierowania na szkolenie oraz warunki wynikające z założeń projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego:**

**□** **tak**

**□** **nie**

Jeżeli nie, to dlaczego: .....................................................................................................................................

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

**2. Czy występuje zgodność szkolenia z działaniami określonymi i zaplanowanymi do realizacji
w ramach Indywidualnego Planu Działania:**

**□**   występuje zgodność       **□**   brak zgodności

**3.** **Czy kandydat spełnia warunki ustawowe udziału w szkoleniu wynikające ze specyfiki szkolenia np. z aktów prawnych określających warunki udziału**:

**□** **tak**

**□** **nie**

Jeżeli nie, to dlaczego: .....................................................................................................................................

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

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

**□**  **ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE PODLEGA DALSZEJ OCENIE**

**□**  **ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE PODLEGA ODRZUCENIU**

**OCENA KRYTERIÓW:**

**I. Kwalifikacja dotycząca zgłoszeń na szkolenie osób powyżej 50 roku życia, osób długotrwale bezrobotnych, osób niepełnosprawnych oraz osób będących migrantami**

**1. Osoba bezrobotna składająca zgłoszenie należy do grupy osób:**

**□ powyżej 50 roku życia □ długotrwale bezrobotnych □ niepełnosprawnych**

**Zastosowano kryterium rozstrzygające tj. czas pozostawania w rejestrze osób bezrobotnych od daty ostatniej rejestracji.**

**□ tak data ostatniej rejestracji…………………………………………….**

**□ nie**

**II. Kwalifikacja dotycząca zgłoszeń na szkolenie osób innych powyżej 50 roku życia, osób długotrwale bezrobotnych, osób niepełnosprawnych oraz osób bezrobotnych będących migrantami**

1. **Czy kandydat uczestniczył w szkoleniu finansowanym przez PUP w Limanowej w latach 2022 – 2024 lub 2025 r. - z wyłączeniem szkolenia z zakresu umiejętności aktywnego poszukiwania pracy- możliwość przyznania pkt: UCZESTNICZYŁ – 0 pkt, NIE UCZESTNICZYŁ - 2 pkt**

**□ UCZESTNICZYŁ**

**□ NIE UCZESTNICZYŁ**

 **(przyznano ….. pkt)**

**2. Przynależność osoby do grup osób bezrobotnych w szczególnej sytuacji na rynku pracy:**

**□**   osoba do 30 roku życia **1 pkt)**

**□**   osoba korzystająca zaświadczeń pomocy społecznej  **(1 pkt)**

**□** osoba posiadająca co najmniej 1 dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia **(1 pkt)**

 **(przyznano ….. pkt)**

**3. Uzasadnienie celowości skierowania na szkolenie:**

 **□** czas pozostawania w ewidencji osób bezrobotnych powyżej 12 miesięcy od ostatniej rejestracji (3 pkt),

 **□** inne istotne informacje/powody uzasadniające potrzebę odbycia szkolenia np. utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie z powodów zdrowotnych, utrata ważności uprawnień, posiadanie gwarancji zatrudnienia od pracodawcy, zamiar rozpoczęcia działalności gospodarczej, możliwość podjęcia stażu, inne powody (możliwość przyznania 0-1 pkt)

 **(przyznano ….. pkt)**

**Zgłoszenie na szkolenie za ocenę kryterium 1-3 uzyskało …………………… pkt.**

**Zastosowano kryterium rozstrzygające tj. czas pozostawania w rejestrze osób bezrobotnych od daty ostatniej rejestracji.**

**□ tak data ostatniej rejestracji…………………………………………….**

**□ nie**

………………………….. …………………….…………………

 DATA PODPIS I PIECZĘĆ