*Załącznik nr 1*

……………………………

( pieczęć pracodawcy)

**Zapotrzebowanie pracodawcy**

**na środki PFRON dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w pup jako osoba bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

1. Nazwa Pracodawcy……………………………………………………………..…...………
2. Adres siedziby ………………………………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………..………

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

1. Dane kontaktowe ………………………………………………………………….………...

……………………………………………………………………………………………..

1. Numer Regon ……………………………………………………………………………..
2. Numer NIP…………………………………………………………………………………
3. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów……………..…………

……………………………………………………………………………………………..

1. Zapotrzebowanie na 2024 rok

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa działania** | **Liczba osób** |
| 1. staż |  |
| 1. prace interwencyjne |  |
| 1. przygotowanie zawodowe dorosłych |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa działania** | **Kwota** |
| 1. zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy |  |

………………………………….

Data i podpis pracodawcy

*Załącznik nr 2*

**Zapotrzebowanie**

**na środki PFRON dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w pup jako osoba bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

1. Imię i nazwisko……………………………………………………………..…...………
2. Adres ………………………………………………………………………………
3. Dane kontaktowe ………………………………………………………………….………...
4. Zapotrzebowanie na 2024 rok

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa działania** | **Liczba osób** |
| 1. szkolenie |  |
| 1. zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, lub przez okres odbywania u pracodawcy stażu, przygotowania zawodowego dorosłych; |  |
| 1. koszt przejazdu do pracodawcy i powrotu do miejsca zamieszkania w przypadku skierowania do pracodawcy, który zgłosił ofertę pracy, jeżeli siedziba tego pracodawcy znajduje się poza miejscem zamieszkania osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu; |  |
| 1. studia podyplomowe |  |
| 1. bon na zasiedlenie |  |
| 1. bon szkoleniowy |  |
| 1. bon stażowy |  |
|  |  |
| **Nazwa działania** | **Kwota** |
| 1. przyznanie jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej   - nie wyższej niż sześciokrotność przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia działalności gospodarczej, rolniczej lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. | …………….. |

………………………………….

Data i podpis osoby niepełnosprawnej