

Powiatowy Urząd Pracy
w Pszczynie



.....
(nr ewidencyjny bezrobotnego)

KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE

Część I Wypełnia kandydat na szkolenie

1. Nazwisko i imię:

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Adres zamieszkania:

miejsowość: ulica:..... nr domu/lokalu:

kod pocztowy: - telefon:

4. **Wykształcenie:** podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe średnie zawodowe średnie ogólnokształcące policealne/pomaturalne wyższe (w tym licencjat)

5. Zawód wyuczony:

6. Zawód wykonywany ostatnio:

7. Zawód wykonywany najdłużej:

8. Posiadane uprawnienia:

9. Ograniczenia zdrowotne:.....

10. Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat:

11. Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez PUP:

TAK NIE

12. Jeżeli TAK, to proszę podać nazwę kierunku szkolenia:

i rok ukończenia szkolenia:

Czy podjął/ęła Pan/i pracę po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia:

TAK NIE

Jeżeli tak, to czy podjęta praca była zgodna z kierunkiem odbytego szkolenia:

TAK NIE

i na jakim stanowisku:

UWAGA! Wypełnienie KARTY KANDYDATA NA SZKOLENIE nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.

Przyznanie wsparcia jest uzależnione m.in. indywidualnego planu działania ustalonego z Twoim doradcą w urzędzie.

.....
(data)

.....
(podpis kandydata na szkolenie)

1. Informacja doradcy klienta

wnioskowany kierunek szkolenia wynika z ustaleń IPD	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy aktualnie dla kandydata na szkolenie jest odpowiednia oferta pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Informacja dotycząca możliwości skierowania kandydata na szkolenie do pracy bez uprzedniego przeszkolenia:

.....

.....

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kandydat na szkolenie odmówił bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy lub innej formy pomocy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

Jeżeli TAK, podać kiedy, czego propozycja dotyczyła i jaki był powód odmowy:

.....

.....

.....

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kandydat na szkolenie zgłaszał się w wyznaczonych przez urząd terminach	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

Uwagi:

.....

.....

.....

Czy po przeszkoleniu kandydata jest odpowiednia oferta pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Informacja dotycząca możliwości skierowania do pracy po przeszkoleniu:

.....

.....

.....

Utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie (ograniczenia zdrowotne, brak lub utrata odpowiednich uprawnień, itp.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Ograniczenie zdolności	<input type="checkbox"/> Nie
Posiadane kwalifikacje zawodowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Niskie	<input type="checkbox"/> Dobre
Zmiana/uzupełnienie kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/> Konieczna	<input type="checkbox"/> Wskazana	<input type="checkbox"/> Nieuzasadniona
Wiedza i umiejętności zawodowe	<input type="checkbox"/> Zgodne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Niezgodne
Motywacja do udziału w szkoleniu	<input type="checkbox"/> Wysoka	<input type="checkbox"/> Niska	<input type="checkbox"/> Brak
Posiadanie predyspozycji zawodowych do wykonywania zawodu lub czynności związanych z wnioskowanym szkoleniem	<input type="checkbox"/> Zgodne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Niezgodne

.....
(data)

.....
(podpis doradcy klienta)

2. Informacja specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

Czy kandydat na szkolenie należy do osób będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy (art. 49 ustawy)		
• bezrobotny długotrwale	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• bezrobotny do 30 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• bezrobotny powyżej 50 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• bezrobotny korzystający ze świadczeń z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• bezrobotny posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
• bezrobotny niepełnosprawny	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy kandydat na szkolenie posiada gwarancję zatrudnienia po ukończonym szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe informacje		
data rejestracji / okres rejestracji		
data urodzenia / wiek		
wykształcenie i kwalifikacje		
zawód wyuczony		
zawód wykonywany ostatnio		
zawód wykonywany najdłużej		
Czy kandydat na szkolenie w okresie ostatnich 3 lat uczestniczył w szkoleniach organizowanych przez PUP. Jeżeli tak, podać nazwę, termin i koszt szkolenia:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Orientacyjne koszty szkolenia:		

.....
(data)

.....
(podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

3. Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

- Kandydat zakwalifikowany na szkolenie
 Kandydat nie zakwalifikowany na szkolenie

Uzasadnienie:

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora PUP)

Informacja dotycząca zapewnienia dostępności

Wyjaśnienie pojęć:

bariera – oznacza przeszkodę lub ograniczenie architektoniczne, cyfrowe lub informacyjno-komunikacyjne, które uniemożliwia lub utrudnia osobom ze szczególnymi potrzebami udział w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami,

dostępność – oznacza dostępność architektoniczną, cyfrową oraz informacyjno-komunikacyjną będącą wynikiem uwzględnienia uniwersalnego projektowania albo zastosowania racjonalnego usprawnienia,

osoba ze szczególnymi potrzebami – oznacza osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

Jestem osobą ze szczególnymi potrzebami TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać jakie bariery Pan/Pani posiada:

a) bariera architektoniczna TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności:

- zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
- instalacja urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
- zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
- zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego,
- inne alternatywne rozwiązanie
-

b) bariera cyfrowa TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności:

- taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi użytkownikowi skorzystanie ze wszystkich oferowanych przez nie funkcji,
- taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi tej stronie lub aplikacji współpracę z możliwie największą liczbą programów, w tym z narzędziami i programami wspomagającymi osoby niepełnosprawne,
- taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi jej odbiór przez użytkownika za pomocą zmysłu słuchu, wzroku lub dotyku,
- taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi użytkownikowi tych stron i aplikacji zrozumienie treści i sposobu ich prezentacji,
- inne alternatywne rozwiązanie
-

c) **bariera informacyjno komunikacyjna**

TAK

NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności:

- obsługa z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
- instalacja urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
- zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
- zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.
- inne alternatywne rozwiązanie

.....
.....

.....
(data)

.....
(podpis kandydata na szkolenie)