*Załącznik nr 2*

**Zapotrzebowanie**

**na 2024 rok**

**na środki PFRON dla** **osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w PUP w Śremie**

**jako osoba bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania\*** | **Liczba osób** |
| 1 | szkolenie |  |
| 2 | przygotowanie zawodowe dorosłych |  |
| 3 | 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; |  |
| 4 | 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; |  |
| 5 | studia podyplomowe |  |
| 6 | bon na zasiedlenie |  |
| 7 | bon szkoleniowy |  |
| 8 | bon stażowy |  |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Kwota** |
| 1 | udzielenie jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej/ rolniczej/ podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej\*\*:  - 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,  lub  - wynoszącej od sześciokrotności do piętnastokrotności przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia działalności gospodarczej, rolniczej lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy | ………….  ………… |

\*z przedstawionych działań mogą skorzystać tylko osoby niepełnosprawne zarejestrowane w PUP w Śremie jako osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu

\*\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………….

Data i podpis osoby niepełnosprawnej