*Załącznik nr 1 do Zasad*

**KARTA OCENY WNIOSKU O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE**

**Wniosek nr** …………..……………… złożony w dniu …….....………….. o skierowanie na szkolenie indywidualne:

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Imię i nazwisko wnioskodawcy** …………………………………………………………………………………………

**CZĘŚĆ I – wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego**

1. Wnioskowana forma wsparcia zgodna z Indywidualnym Planem Działania:

* **TAK**
* **NIE**

1. Status osoby ubiegającej się o skierowanie na szkolenie indywidualne:

* bezrobotny z prawem do zasiłku, przyznany zasiłek ………. % na okres: od ………….……….   
  do …………………………
* bezrobotny bez prawa do zasiłku
* bezrobotny bez ustalonego prawa do zasiłku
* poszukujący pracy, o którym mowa w art. 43 ust. 1 lub ust. 3 ustawy lub art. 49 pkt. 7

1. Czy wnioskujący brał udział w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy w ciągu ostatnich 3 lat?

* **TAK**
* łączna kwota środków na koszty szkolenia nie przekroczyła dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę
* łączna kwota środków na koszty szkolenia przekroczyła dziesięciokrotność minimalnego wynagrodzenia za pracę
* **NIE**

1. Czy wnioskujący uzasadnił celowość szkolenia?

* **TAK,** poprzez:
* złożenie informacji od przyszłego pracodawcy o zamiarze zatrudnienia
* złożenie oświadczenia o zamiarze rozpoczęcia działalności gospodarczej
* złożenie oświadczenia pracodawcy o celowości szkolenia pracownika, a w przypadku osób samozatrudnionych oświadczenie o celowości odbycia szkolenia (dotyczy osoby zarejestrowanej jako poszukująca pracy)
* pisemne uzasadnienie celowości sfinansowania kosztów szkolenia
* **NIE**

1. Czy osoba wnioskująca o szkolenie w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku uczestniczyła w szkoleniu dofinansowanym z Funduszu Pracy (z wyłączeniem szkolenia z zakresu umiejętności poszukiwania pracy)?

* **TAK**
* **NIE**

1. Czy osoba wnioskująca o szkolenie w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyła w szkoleniu realizowanym w trybie indywidualnym dofinansowanym z Funduszu Pracy (na własny wniosek) i nie ukończyła szkolenia, przerwała go z własnej winy lub nie podjęła zatrudnienia, innej pracy zarobkowej albo działalności gospodarczej w okresie 3 miesięcy od zakończenia szkolenia?

* **TAK**
* **NIE**

1. Czy osoba wnioskująca o szkolenie w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyła w szkoleniu grupowym dofinansowanym z Funduszu Pracy i nie ukończyła szkolenia lub przerwała go z własnej winy?

* **TAK**
* **NIE**

1. Czy kandydat spełnia wymagania ustawowe dotyczące uzyskania kwalifikacji oraz wykonywania zawodu, który regulowany jest na podstawie odrębnych przepisów (np. kurs prawo jazdy kat. C, diagnosta samochodowy, instruktor nauki jazdy itp.)?

* **TAK**
* **NIE**
* **NIE DOTYCZY**

1. Wniosek osoby uprawnionej o skierowanie na szkolenie

* **DOTYCZY KURSÓW:**
* prawa jazdy,
* podstaw obsługi komputera,
* językowych, z wyjątkiem specjalistycznych kursów na poziomie zaawansowanym w zakresie słownictwa branżowego oraz szkoleń z języka polskiego dla bezrobotnych oraz poszukujących pracy cudzoziemców,
* kwalifikacji wstępnej lub kwalifikacji wstępnej przyspieszonej w zakresie bloków programowych określonych odpowiednio do kategorii prawa jazdy: C1, C1+E, C, C+E, D1, D1+E. D. D+E,   
  w przypadku osób nie posiadających odpowiednio prawa jazdy kat. C lub D,
* kursów kwalifikowanego pracownika ochrony fizycznej.
* **NIE DOTYCZY WW. KURSÓW**

1. Skierowanie na szkolenie ma być poprzedzone skierowaniem na badania lekarskie?

* **TAK**
* **NIE**

1. Czy istnieje konieczność skierowania wnioskodawcy do doradcy zawodowego?

* **TAK** (opinię sporządza doradca zawodowy)
* **NIE** (opinię sporządza doradca klienta)

………………..………………………………

*(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)*

**CZĘŚĆ II – wypełnia doradca klienta lub doradca zawodowy po sporządzeniu opinii**

* wskazane skierowanie na szkolenie:
* klient nie posiada kwalifikacji zawodowych
* klient wymaga zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji zawodowych
* klient utracił zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie
* inne: ……………………………………………………………………………………..
* opinia negatywna

………………..………………………………

*(data i podpis doradcy klienta/doradcy zawodowego)*



**CZĘŚĆ III – wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego**

**Ocena wniosku:**

* ocena pozytywna - kandydat zakwalifikowany na szkolenie
* ocena negatywna - ze względu na rozdysponowane środki
* ocena negatywna - uzasadnienie:

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

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

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

………………..………………………………

*(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)*