

Nr wniosku

Siemianowice Śląskie, dn.

WNIOSEK o przyznanie BONU STAŻOWEGO osobie do 30 roku życia

(Na podstawie art. 66l ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – (Dz. U. z 2025 r., poz. 214)

Zwracam się z prośbą o przyznanie bonu stażowego stanowiącego gwarancję skierowania do odbycia przez okres 6 miesięcy stażu u wskazanego przeze mnie pracodawcy, który zobowiązuje się do zatrudnienia mnie po okresie stażu przez okres min. 6 miesięcy. Staż zostanie zorganizowany na stanowisku:

..... W

(stanowisko)

(nazwa i siedziba pracodawcy, u którego organizowany będzie staż)

I - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (OSOBA BEZROBOTNA)

DANE WNIOSKODAWCY (osoby bezrobotnej):

Nazwisko Imię

Data urodzenia PESEL

Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania

Adres korespondencyjny

Telefon kontaktowy E-mail

Nazwa banku i nr rachunku

W ramach przyznanego bonu stażowego sfinansowane zostaną również koszty (właściwe zaznaczyć):

przejazdu do miejsca odbywania stażu i z powrotem

Wnioskowany koszt przejazdu do i z miejsca odbywania stażu¹

Trasa dojazdu oraz odległość do miejsca odbywania stażu²

koszty niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych

UZASADNIENIE celowości przyznania bonu stażowego

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

¹ Koszty przejazdu do i z miejsca odbywania stażu finansowane są w formie ryczałtu do wysokości 889,40zł., wypłacanego bezrobotnemu w miesięcznych transzach w wysokości do 148,70 zł., łącznie ze stypendium

² Koszty niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych wypłacane są w formie wpłaty na konto wykonawcy badania

UWAGA!

Osoba, która otrzymała bon może rozpocząć staż tylko na podstawie skierowania z Urzędu Pracy, po podpisaniu umowy pomiędzy pracodawcą, a Urzędem Pracy, stanowiącej integralną część bonu.

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się podjąć zatrudnienie przez okres 6 miesięcy po zakończeniu okresu odbywania stażu w przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego wniosku i zawarcia umowy przez PUP z pracodawcą.

data i czytelny podpis OSOBY BEZROBOTNEJ

II - WYPEŁNIA PRACODAWCA

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Nazwa pracodawcy

Adres siedziby

Adres miejsca odbywania stażu

Telefon kontaktowy E-mail

NIP REGON PKD

Forma organizacyjno – prawna

Osoba upoważniona do reprezentowania pracodawcy (Nazwisko i Imię oraz zajmowane stanowisko)

.....

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się przyjąć do pracy Pana / Panią niezwłocznie po zakończeniu odbywania stażu na okres min. 6 miesięcy na stanowisku

III - WYPEŁNIA URZĄD PRACY

OPINIA DORADCY KLIENTA – w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w indywidualnym planie działań (IPD):

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

data i podpis DORADCY KLIENTA