*Załącznik nr 1*

**Zapotrzebowanie na 2020 rok na środki PFRON dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w PUP w Gostyniu jako osoba bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

1. Imię nazwisko…………………………………………………………………….…...………..
2. Adres ………………………………………………………………………..…….……….……
3. Nr telefonu ……………………………………………………………….….….………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Liczba osób** |
| 1 | szkolenie |  |
| 2 | Staż |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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,  - 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 | ………….  ………… |

\*niepotrzebne skreślić

…………………………………………….

Data i podpis osoby niepełnosprawnej