

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Strażacka 11**

**29-100 Włoszczowa**

**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

Włoszczowa ………………r.

(Miejscowość, data)

………………………………………

(pieczęć wnioskodawcy)  **POWIATOWY URZĄD PRACY**

**WE WŁOSZCZOWIE**

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY\***

**Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

*(art. 69a ust. 1- 7 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /tekst jednolity Dz.U. z 2023,   
 poz. 735 ze zm./ oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania  
 środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018r. poz. 117)*

**Priorytetem wydatkowania środków KFS w roku 2024 jest:**

1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.
2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.
3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.
4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.
5. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej.
6. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.
7. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.
8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

**Informacja:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
2. Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez wnioskodawcę.
3. Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy należy wpisać **„nie dotyczy”**.
4. **Dane pracodawcy:**
5. Nazwa pracodawcy : …………………………………………………………………………………...…...
6. Adres siedziby: ……………………………………………………………………………………………...
7. Miejsce prowadzenia działalności: ………………………………………………………………………….

Telefon ………………….. faks ………... e-mail …………………………………………………………….....  
 REGON …………………………… NIP: …………………………...

Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej według PKD: ………………………………………

1. Dane osoby reprezentującej pracodawcę upoważnionej do podpisania umowy

(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

Imię i nazwisko …………………………………… stanowisko służbowe ………………………………….

Imię i nazwisko …………………………….……… stanowisko służbowe ………………………………….

5. Liczba zatrudnionych pracowników [[1]](#footnote-1) (na dzień złożenia wniosku) : ………………………….

6. Wielkość przedsiębiorcy – w rozumieniu art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162).:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ mikro |  | □ mały | □ średni | □ organ |

1. Forma prawna działalności Wnioskodawcy ………………………………………..............

(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)

1. Osoba upoważniona do kontaktów z PUP: ……………………………....

(imię i nazwisko)

1. Tel…………………. adres poczty elektronicznej …………………………………………………
2. Numer rachunku bankowego pracodawcy na który mają być przekazane środki[[2]](#footnote-2):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Środki na rachunku bankowym pracodawcy są oprocentowane / nie są oprocentowane \*

\*niepotrzebne skreślić

**II. Wysokość wsparcia:**

Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego : …………………….. zł.   
 w tym:

* kwota wnioskowana z Krajowego Funduszu Szkoleniowego: ………………… zł. w tym koszty:

· Kursy ………………………………. zł.

· Studia podyplomowe ………………………………..zł.

· Egzaminy ………………………………..zł.

· Badania lekarskie i psychologiczne ……………………………….zł.

· Ubezpieczenie NNW ……………………………….zł.

· Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego …………………………….zł.

* kwota wkładu własnego ogółem: ……………………………….zł.

**\*Uwaga**:**Nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy** uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym,   
np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji   
w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. **Wkład własny nie  
może** pochodzić ze środków pracownika. **Wkładem własnym nie może być** koszt udostępnienia przez pracodawcę organizatorowi kształcenia sali/pomieszczeń/ sprzętu i innych kwestii niezwiązanych ze środkami finansowymi pracodawcy. **Wkładem własnym nie może być** podatek VAT od realizowanego kształcenia ustawicznego.

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM   
 KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (określenie potrzeb pracodawcy)**

Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Działania | | Liczba osób do objęcia wsparciem wg grup wiekowych | | | | Liczba pracodawców | | Liczba pracowników | |
| 15-25 | 25-34 | 35-44 | 45 lat i więcej | razem | w tym kobiet | razem | w tym kobiet |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą (nazwa kursu)  1 ……………………………….  2 ……………………………….  3. ………………………………. | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  (nazwa kierunku)  1…………………………………  2…………………………………  3.……………………………….. | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dyplomów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badanie lekarskie i psychologiczne wymagane  do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej  po ukończeniu kształcenia | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków związku z podjętym wykształceniem | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Osoby mogące udokumentować wykonywanie prac przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo  do emerytury pomostowej | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Osoby zatrudnione w szczegółnych warunkach | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Osoby wykonuująca pracę o szczególnym charakterze | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób według nazwy grupy zawodów | Siły zbrojne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYDATKÓW OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

| **Lp.** | **Nazwa kursu** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy kształcenia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

| **Lp.** | **Nazwa studiów podyplomowych** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy kształcenia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy kształcenia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

| **Lp.** | **Rodzaj badań lekarskich  i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy kształcenia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

| **Lp.** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków  w związku z podjętym kształceniem** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy kształcenia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy kształcenia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków  z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

**\***właściwe wpisać

**\*\*** (jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas koszt danej formy wsparcia musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT)

Wykaz osób, które zostaną objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i Imię** | **Zajmowane stanowisko** | **Poziom wykształcenia**  (gimnazjalne i poniżej; zawodowe;  policealne i średnie zawodowe;  średnie ogólnokształcące; wyższe)\* | **Grupa wiekowa, do której należy uczestnik kształcenia** | | | | **Pracownik / Pracodawca\*** | **Działania przewidziane  w stosunku do uczestnika kształcenia\*\*** | **Korzystał /**  **nie korzystał\***  **ze środków KFS  w 2024 r.**  **w kwocie:** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45**  **lat i więcej** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*właściwe wpisać

\*\* Rodzaj działania (kursy, studia podyplomowe, egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych, badania lekarskie i/lub

psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu, ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem), należy podać szczegółową nazwę działania,

**Uzasadnienie wniosku:**

**1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2.** **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS:**

Priorytety przyjęte przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej to:

1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.
2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.
3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.
4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.
5. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej.
6. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.
7. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.
8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**3, Informację o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS – z uwzględnieniem każdej osoby:**

*(wskazać jak długo po zakończonym kształceniu będzie zatrudniany pracownik)*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**4. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego rynku pracy***:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS, wraz  z następującymi informacjami:** | | | |
| * 1. **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  | | |
| * 1. **Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  | | |
| * 1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego**   *(jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych)* |  | | |
| 1. **Nazwa kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Cena usługi kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Porównanie ceny ww. usługi kształcenia ustawicznego z ceną  2 podobnych usług oferowanych na rynku** *(o ile są dostępne)*   Do wniosku należy załączyć wydruk  ofert uwzględnionych do porównania. | 1) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia |  |
| Cena usługi |  |
| 2) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia |  |
| Cena usługi |  |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** | ………………………..…………………………………………………………  …………………………………..………………………………………………  ……………………………………………………………………………………  ……..………………..……………………………………………………………  …………………………………..………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |

***Uwaga: do każdej formy i rodzaju pomocy, o którą ubiega się pracodawca należy dołączyć odrębne uzasadnienie wyboru realizatora usługi .***

**IV. Oświadczenia pracodawcy.**

1. Zapoznałem się z Kryteriami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
2. **Jestem/ nie jestem1** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U.   
   z 2021r, poz. 743 ze zm.).
3. Oświadczam, że **jestem / nie jestem1** przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą   
   w rozumieniu prawa konkurencji UE.
4. Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
5. **Zalegam(y) / nie zalegam(y)1** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
6. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem(am) / nie zostałem(am)1** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również   
   **jestem / nie jestem1** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
7. Oświadczam, że wszyscy pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym   
   **są / nie są / nie dotyczy1** zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę a okres ich zatrudnienia jest dłuższy niż czas trwania kształcenia ustawicznego oraz osoby te nie przebywają na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych i bezpłatnych.
8. Oświadczam, że **ubiegam się / nie ubiegam1** się o środki na kształcenie pracodawcy/ pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
9. Oświadczam, że z realizatorem(ami) kształcenia ustawicznego **jestem(eśmy) /nie jestem(eśmy)1** powiązani osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy  
   a wykonawcą, polegające w szczególności na:
10. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
11. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
12. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
13. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa   
    w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
14. **Spełniam / nie spełniam1** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia   
    18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).
15. **Spełniam / nie spełniam1** warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia   
    18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013).
16. **Spełniam / nie spełniam1** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia   
    27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014r.).
17. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy.
18. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy we Włoszczowie o tym,   
    że zmianie uległ stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 niepotrzebne skreślić ……………….…………………………………

(pieczęć i czytelny podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

Załączniki:

1. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności   
   – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji   
   i Informacji o Działalności Gospodarczej np.:

* umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami;
* statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji lub spółdzielni;
* inne, które ze względu na specyfikę prawnej formy istnienia podmiotu nie zostały wyżej wymienione.

1. Oświadczenie o pomocy de minimis, o którym mowa w art. 37 ust.1 pkt 1 i ust.2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - *załącznik nr 2 do wniosku KFS.*
2. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art.37 ust 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tj. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Program kształcenia i/lub egzaminu *(oddzielenie dla każdego kursu / studiów / egaminu).* (*załącznik nr 3 do wniosku KFS)*.
4. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
5. Formularz oferty instytucji szkoleniowej - *załącznik nr 4 do wniosku KFS.*
6. Oświadczenie pracodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do potrzeb realizacji kształcenia ustawicznego – *załącznik nr 1 do wniosku KFS.*
7. Kserokopie dokumentów potwierdzających upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. powołanie, mianowanie (jeżeli nie wynika   
   z dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia Wnioskodawcy).
8. Załącznik nr 9 - Oświadczenie w zakresie wykluczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie   
   ze środków publicznych.

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność   
z oryginałem**

***UWAGA !***

1. *Pracodawca w danym naborze wniosków składa tylko jeden wniosek, w którym uwzględnia wszystkie działania,   
    o których finansowanie się ubiega oraz wszystkie osoby, które chce nimi objąć.*
2. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz z załącznikami.*
3. *Wniosek, który nie zawiera załączników wymienionych w pkt. 1-5, pozostaje bez rozpatrzenia.*
4. *W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.*
5. *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
6. *Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznegoi, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu,  
    z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.*
7. *W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.*
8. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*

Załącznik nr 1 do wniosku KFS

***Informacja dotycząca ochrony danych osobowych dla pracodawców***

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L   
Nr 119),Powiatowy Urząd Pracy we Włoszczowie informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych pracodawców oraz kontrahentów jest Powiatowy Urząd Pracy   
we Włoszczowie, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy we Włoszczowie

Dane do kontaktu:

* pocztą tradycyjną na adres : ul. Strażacka 11, 29-100 Włoszczowa,
* tel. 41394-35-40, fax: 41394-37-65,
* e-mail: kiwl@praca.gov.pl

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych -iod@wloszczowa.praca.gov.pl.

3. Dane w tym dane osobowe są przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych   
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119)które są niezbędne do wykonania celów realizacji zadań publicznych wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy, aktów wykonawczych do niniejszej ustawy oraz innych ustaw oraz na zasadzie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

4. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym oraz warunkiem zawarcia umowy. Jest Pan/Pani zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z form pomocy wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy.

5. Odbiorcą danych osobowych są podmioty, którym Administrator przekazuje dane osobowe na podstawie przepisów prawa.

6. Dane w tym dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej i elektronicznie.

7. Dane w tym dane osobowe związane z realizacją form wsparcia dla pracodawców przechowywane są przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy we Włoszczowie.

8. Pracodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów prawa do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzaniu.

9. Pracodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Zapoznałem się oraz wyrażam zgodę:

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

miejscowość i data czytelny podpis imię i nazwisko

Załącznik nr 2 do wniosku KFS

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r.  w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej  do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L,2023/2831 z 15.12.2023)** | |
| Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis |

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Oświadczam, iż

󠆰 w okresie trzech poprzedzających lat\* nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis   
 w rolnictwie lub rybołówstwie

󠆰 w okresie trzech poprzedzających lat \*uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis   
 w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:

\*trzy poprzedzające lata należy liczyć w sposób ciągły (tj. 3x365 dni)

|  |
| --- |
|  |

w PLN 󠆰

|  |
| --- |
|  |

w EUR

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

**…………………………** dnia **………………………….. ……………………………………………**

/miejscowość/ /pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy lub

osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy,

bądź czytelnie imię i nazwisko/

*Załącznik nr 3 do wniosku KFS*

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

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

# PROGRAM SZKOLENIA

**1. Nazwa szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………**

**2. Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin szkolenia** | od ........................ do .................................. |
| **Liczba godzin edukacyjnych kursu ogółem (czas szkolenia jednej osoby):**  .............................................  w tym:  a) zajęcia teoretyczne: ......................  b) zajęcia praktyczne: .......................  **Czas trwania :**  Ilość tygodni ............................................. Ilość dni szkoleniowych ................................ | |

**Miejsce szkolenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres zorganizowania zajęć teoretycznych**  ................................................................................................................................................................................................ | **Adres zorganizowania zajęć praktycznych**  .................................................................................................................................................................................................................. |

**Sposób organizacji zajęć teoretycznych (metodyka prowadzenia zajęć:**

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

**Sposób organizacji zajęć praktycznych (metodyka prowadzenia zajęć:**

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

**3. Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:**

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

**4. Cele szkolenia:**

* dotyczące wiedzy:

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

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

* dotyczące umiejętności:

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

* dotyczące kompetencji :

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. Plan nauczania** | | | |
| ***Temat zajęć edukacyjnych*** | ***Opis treści – kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych*** | ***Wymiar zajęć (w godzinach)*** | |
| ***Ilość godzin teoretycznych*** | ***Ilość godzin***  ***praktycznych*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Razem** | |  |  |

**6. Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych wykorzystywanych podczas zajęć:**

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

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

**7.** **Przewidziane sprawdziany i egzaminy.**

**Sprawdziany (wymienić jakie?) :**

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

**Egzaminy (właściwe zaznaczyć):**

egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez instytucję szkoleniową

egzamin państwowy przed komisją (podać nazwę komisji)…………….........................……………………….,

inna forma zaliczenia, proszę wpisać jaka: .........................................................................................................

**8. Uzyskane kwalifikacje, umiejętności i kompetencje po pozytywnym zakończeniu kursu przez uczestnika:**

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

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

9. **Czy kompetencje nabywane przez uczestników kształcenia ustawicznego są zgodne z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy?**

□ TAK □ NIE

**10. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji:** (proszę zaznaczyć   
w okienku właściwe)

zaświadczenie na druku MEN

zaświadczenie według własnego wzoru

uprawnienia (jakie)........................................................................

UWAGA: **Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający ukończenia szkolenia i uzyskanie kwalifikacji musi zawierać:**

a) numer z rejestru; b) imię i nazwisko oraz numer PESEL uczestnika szkolenia, a w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość; c) nazwę instytucji szkoleniowej przeprowadzającej szkolenie; d) formę   
i nazwę szkolenia; e) okres trwania szkolenia; f) miejsce i datę wydania zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji; g) tematy i wymiar godzin zajęć edukacyjnych;   
h) podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową przeprowadzającą szkolenie.

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

/miejscowość, dnia/ /podpis i pieczęć dyrektora/kierownika

instytucji szkoleniowej lub osoby upoważnionej

do występowania w jego imieniu/

*Załącznik nr 4 do wniosku KFS*

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

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

**FORMULARZ OFERTY REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA**

1. **Dane dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |
| **2. Adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |
| **3. Numer telefonu** |  |
| **4. Numer fax** |  |
| **5. E-mail** |  |
| **6. NIP** |  |
| **7.REGON** |  |
| **8.PKD** |  |
| **9. Wpis do rejestru instytucji szkoleniowych** |  tak, jeżeli tak proszę podać następujące dane: wpis w rejestrze prowadzonym przez Wojewódzki Urząd Pracy w .................................... .......  pod numerem ......................................................................................................     nie |

1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego**

|  |
| --- |
|  tak, proszę podać jakie :  1/  2/  3/ |
|  nie |

1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego**

|  |
| --- |
|  tak, proszę podać jaki : |
|  nie |

1. **Koszt kształcenia**

|  |  |
| --- | --- |
| KOSZT KSZTAŁCENIA (kursu/studiów podyplomowych/egzaminu) **NA 1 UCZESTNIKA**  (jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas koszt danej formy wsparcia musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT). | ........................... złotych - 1 osoba  słownie:................................................................................ |
| **Koszt osobogodziny szkolenia** | ...........................złotych  słownie: ...............................................................................  ............................................................................... złotych |

**V. Forma płatności za szkolenie**

|  |  |
| --- | --- |
| FORMA PŁATOŚCI ZA KSZTAŁCENIE  (płatność za kształcenie musi nastąpić w danym roku kalendarzowym, w którym zostanie podpisana umowa o dofinansowanie z pracodawcą) | □ przed □ w trakcie □ po zakończeniu  danej formy wsparcia |

Jednocześnie oświadczamy, iż w przypadku realizacji kształcenia ustawicznego na rzecz pracodawcy,   
na wniosek Powiatowego Urzędu Pracy przedstawimy szczegółowy preliminarz kosztów dla danej formy kształcenia oraz harmonogram zajęć z wyszczególnieniem dni, godzin (od –do) oraz miejscem odbywania szkolenia.

UWAGA: Pracodawca zobowiązany będzie przedłożyć w PUP informację dotyczącą terminu płatności u organizatora danej formy wsparcia (dokumentem z którego będzie wynikał termin płatności może być faktura/rachunek, faktura pro forma, umowa pracodawcy z organizatorem o świadczenie kształcenia ustawicznego lub pisemna informacja organizatora kształcenia).

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

/miejscowość, dnia/ /podpis i pieczęć dyrektora/kierownika

instytucji szkoleniowej lub osoby upoważnionej

do występowania w jego imieniu/

1. Pracownik – to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest   
    tylko osoba wykonująca prace w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje prace w ramach przepisów prawa cywilnego,   
    np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. (rachunek winien być nieoprocentowany i od przekazanej na niego kwoty z KFS nie powinny powstać odsetki, jeżeli odsetki powstaną Pracodawca jest   
    zobowiązany do ich zwrotu na rachunek bankowy PUP we Włoszczowie) [↑](#footnote-ref-2)