

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Strażacka 11**

**29-100 Włoszczowa**

**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

……..…………………………

(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 2017,   
 poz. 1065 z późn. zm./ oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania  
 środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2014r. poz. 639 z późn. zm.)*

Priorytetem wydatkowania środków KFS w roku 2018 jest:

1. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
2. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii   
   i narzędzi pracy;
3. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez   
   co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.

**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 : …………………………………………………………………………………………...

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

1. Adres siedziby: ………………………………………………………………………………………………...
2. 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. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia

2 lipca 2004r. (Dz.U. z 2016r. poz. 1829): [[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ mikro |  | □ mały | □ średni | □ inny |

1. Liczba zatrudnionych pracowników [[2]](#footnote-2) (na dzień złożenia wniosku) : ………………………
2. 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:

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

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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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)\* | **Kategoria i grupa wiekowa, do której należy uczestnik kształcenia** | | | | **Pracownik / Pracodawca\*** | **Działania przewidziane  w stosunku do uczestnika kształcenia\*\*** | **Korzystał /**  **nie korzystał\***  **ze środków KFS  w 2018 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 Pracy i Polityki Społecznej to:

1. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
2. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii   
   i narzędzi pracy;
3. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez   
   co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 regionalnego 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 jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 z późn, 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. 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.

Jednocześnie oświadczam(amy), że **wyrażam(amy)** zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie   
i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy  
we Włoszczowie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, zgodnie   
z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych. Jednocześnie przyjmuję  
do wiadomości, że podanie przeze mnie danych jest dobrowolne i że przysługuje mi prawo wglądu  
do moich danych i ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości, że Staroście lub upoważnionemu przez niego pracownikowi przysługuje prawo do kontroli wiarygodności danych zawartych we wniosku,  
a w przypadku podania nieprawdziwych informacji Starosta może odmówić udzielenia pomocy.   
W szczególności zobowiązuję się do przedłożenia niezbędnych dokumentów oraz umożliwienia przeprowadzenia kontroli w miejscu prowadzonej działalności. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej (art. 233 k.k.) za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że informacje zawarte  
we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

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

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.
2. 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.*
3. 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.
4. Program kształcenia (*załącznik nr 3 do wniosku KFS)* i/lub egzaminu *(oddzielenie dla każdego kursu / studiów / egaminu).*
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Formularz oferty instytucji szkoleniowej - *załącznik nr 4 do wniosku KFS.*
7. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetu III – *załącznik nr 5 do wniosku KFS.*
8. Oświadczenie pracownika(ów)/pracodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do potrzeb realizacji kształcenia ustawicznego – *załącznik nr 1 do wniosku KFS.*
9. 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).
10. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetu II – *załącznik nr 10 do wniosku KFS*

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

***UWAGA !***

1. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz załącznikami.*
2. *Wniosek, który nie zawiera załączników wymienionych w pkt. 1-5, pozostaje bez rozpatrzenia.*
3. *W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.*
4. *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
5. *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.*
6. *W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.*
7. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*

Załącznik nr 1 do wniosku KFS



**Oświadczenie pracownika/pracodawcy\***

Ja **………………………………………………… PESEL ………………………………**

(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy we Włoszczowie zawartych we wniosku oraz dokumentacji dotyczącej procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r.   
o ochronie danych osobowych wyłącznie dla potrzeb realizacji ww. procesu kształcenia.

Przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie danych jest dobrowolne i że przysługuje   
mi prawo wglądu do moich danych.

………………………………………….. ………………………………

( miejscowość, data ) ( podpis )

\*- niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do wniosku KFS

**………………………………………………….**

**Imię i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy**

**Adres siedziby:**

**………………………………………………….**

**…………………………………………………..**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**O OTRZYMANEJ POMOCY PUBLICZNEJ I POMOCY *DE MINIMIS***

**Sporządzono w oparciu o ustawę z dnia 30 kwietnia 2004r.**

**o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 KK\* za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:**

1. Nie uzyskałem (–am) / uzyskałem (-am)\*\* pomocy *de minimis* w bieżącym roku oraz   
   w ciągu 2 poprzedzających go latach w wysokości: ………………………..……………….

**/ proszę wpisać wysokość pomocy w walucie EURO /**

1. Nie uzyskałem (-m) / uzyskałem (-am)\*\* pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis* w wysokości ….…………………………………………

**/ proszę wpisać wysokość pomocy w walucie EURO /**

**……………………………………**

data i podpis pracodawcy

\* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

**\*\* niepotrzebne skreślić**

*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** |  |
| **8. NIP** |  |
| **9.REGON** |  |
| **11.PKD** |  |
| **13. 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/

*Załącznik nr 10 do wniosku KFS*



**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU II**

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y  
 w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:

Opis zastosowanych/planowanych do stosowania\* nowych technologii i narzędzi pracy:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

………………………………… …………………………………...  *(data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

**\*Uwaga:** pracodawcamusiudowodnić, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy, a pracownicy objęci kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami,gdzie „nowe” oznacza, że nie były wcześniej stosowane w firmie. Wnioskodawca na potwierdzenie spełnienia tego priorytetu ma obowiązek przedstawienia wiarygodnego dokumentu np. kopii dokumentów zakupu.

Załączniki:

* 1. …………………………….

*Załącznik nr 5 do wniosku KFS*



**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU III**

**Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y   
w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:**

Pracownicy wymienieni w poniższej tabeli posiadają udokumentowane wykonywanie przez   
co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i nie przysługuje   
im prawo do emerytury pomostowej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko pracownika | Prace w szczególnych warunkach  należy wpisać rodzaj prac zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ustawy o emeryturach pomostowych (Dz. U. 2015 poz. 965 z późn. zm.) | Prace o szczególnym charakterze  należy wpisać rodzaj prac zgodnie z załącznikiem nr 2 do Ustawy o emeryturach pomostowych (Dz. U. 2015 poz. 965 z późn. zm.) | Okres wykonywania prac w szczególnych warunkach lub  o szczególnym charakterze od-do |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………… …………………………………...  *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

1. Odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)