

**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 2018,
 poz. 1265 i 1149 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 2019 jest:**

1. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
2. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości;
3. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej;
4. 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;
5. wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu;
6. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

**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. 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 2018 r. poz. 646 z późn. zm.).:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 2019 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 osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości;
3. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej;
4. 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;
5. wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi
im pozostanie w zatrudnieniu;
6. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 2018r, poz. 362).
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. Oświadczenie pracownika(ów) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do potrzeb realizacji kształcenia ustawicznego – *załącznik nr 5 do wniosku KFS.*
8. 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).
9. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetu 4 – *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 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** |  |
| **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/

*Załącznik nr 10 do wniosku KFS*



**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU 4**

**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 warunkachnależy wpisać rodzaj prac zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ustawy o emeryturach pomostowych (Dz. U. 2015 poz. 965 z późn. zm.) | Prace o szczególnym charakterzenależy 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. 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 w Jędrzejowie) [↑](#footnote-ref-2)