........................................................... ................................., dnia........................

(pieczątka zakładu pracy)

# POWIATOWY URZĄD PRACY

**W WEJHEROWIE**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA FINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

na podstawie art.69a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
(tekst jedn. Dz. U. z 2018r., poz.1265 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej   
z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (tekst jedn. Dz. U. z 2018r., poz.117.).

1. **DANE PRACODAWCY**
2. .................................................................................................................................................

*(pełna nazwa pracodawcy)*

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

1. Siedziba firmy…………………………………………………………………………………….….
2. Miejsce/a prowadzenia działalności…………………………………………………………….........

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

1. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

Imię i nazwisko …………………………………………….………………………………………..

stanowisko……………………………………………………………………………………………

Nr telefonu ………………………………………….…..……………………………………………

Nr faxu…………………………………………………..……………………………………………

Adres e-mail………………………………………………………………………………………….

1. Dane identyfikacyjne firmy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIP |  |  |  | – |  |  |  | – |  |  | – |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REGON | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

1. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD (podać symbol z opisem) ……………………………………………………………………………………………………......
2. Liczba zatrudnionych pracowników wg stanu na dzień składania wniosku:…………………… osób, tj. ………………………….. etatów.
3. Wielkość przedsiębiorcy zgodnie z ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku (tj. Dz.U. z 2017r., poz.2168 ze zm.) *(proszę zaznaczyć X w odpowiedniej pozycji)*

 mikro – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i /lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro,

 mały – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i /lub roczna suma bilansowanie nie przekracza 10 mln euro,

 średni - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne nie przekraczają 50 mln euro i /lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro

 inny - 250 i więcej osób

1. Numer nieoprocentowanego rachunku bankowego i nazwa banku ..............................................................................................................................................................

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

1. Osoba /osoby upoważnione/a do podpisania umowy ……………………………………………….
2. **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba osób przewidziana do objęcia wsparciem w postaci kształcenia ustawicznego** | | |
| **Objęci wsparciem ogółem** | | **Pracodawca** | **Pracownicy** | |
| **razem** | **w tym kobiety** |
| **Według rodzajów wsparcia** | **Kurs** |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** |  |  |  |
| **Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** |  |  |  |
| **Badania lekarskie i psychologiczne wymagane  do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej  po ukończonym kształceniu** |  |  |  |
| **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** |  |  |  |
| **Według**  **grup wiekowych** | **15-24 lata** |  |  |  |
| **25-34 lata** |  |  |  |
| **35-44 lata** |  |  |  |
| **45 lat i więcej** |  |  |  |
| **Według wykształcenia** | **Gimnazjalne i poniżej** |  |  |  |
| **Zasadnicze zawodowe** |  |  |  |
| **Średnie ogólnokształcące** |  |  |  |
| **Policealne i średnie zawodowe** |  |  |  |
| **Wyższe** |  |  |  |

1. **KALKULACJA KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uczestnicy kształcenia ustawicznego** | **Działania w ramach KFS przewidziane dla poszczególnych uczestników\*** | **Termin realizacji** | **Wysokość netto wydatków do poniesienia** | **Planowany termin poniesienia wydatków** |
| **Uczestnik 1:**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko****…………*  *………………………*    *□ Wykonuje\**  *□ Nie wykonuje\* prac w szczególnych warunkach  lub o szczególnym charakterze* | **□** kurs …………………………………. ………………………………………… |  |  |  |
| **□** studia podyplomowe……………… ………………………………………… |  |  |  |
| **□** egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| **□** badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| **□** ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| **Koszty kształcenia na uczestnika** |  |  |  |
| **Uczestnik 2:**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko****…………*  *………………………*  *□ Wykonuje\**  *□ Nie wykonuje\* prac w szczególnych warunkach  lub o szczególnym charakterze* | **□** kurs …………………………………. ………………………………………… |  |  |  |
| **□** studia podyplomowe……………… ………………………………………… |  |  |  |
| **□** egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| **□** badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| **□** ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| **Koszty kształcenia na uczestnika** |  |  |  |
| **Uczestnik 3:**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko****…………*  *………………………*  *□ Wykonuje\**  *□ Nie wykonuje\* prac w szczególnych warunkach  lub o szczególnym charakterze* | **□** kurs …………………………………. ………………………………………… |  |  |  |
| **□** studia podyplomowe……………… ………………………………………… |  |  |  |
| **□** egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| **□** badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| **□** ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| **Koszty kształcenia na uczestnika** |  |  |  |
| **Koszty kształcenia ustawicznego ogółem netto** | |  |  |  |

*\*właściwe zaznaczyć*

Całkowita wartość netto wydatków do poniesienia na działania związane z kształceniem ustawicznym dla ……………… osób wyniesie ………..………………………….. złotych (*słownie…………………………………………………………………………………………………...……...…),* w tym:

- kwota wnioskowana z KFS

……………………………………………………………………………………………………………

*(UWAGA!!! Maksymalna wysokość wsparcia dla mikroprzedsiębiorstw wynosi 100% kosztów kształcenia ustawicznego, dla pozostałych przedsiębiorstw wartość pomocy stanowić może 80% w/w kosztów, w obu przypadkach nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika)*

- kwota wkładu własnego

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

1. **UZASADNIENIE WNIOSKU**
2. Oświadczam, że środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego zostaną przeznaczone na wsparcie zgodnie z następującymi priorytetami (odpowiednie zaznaczyć):
3.  wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub

województwie zawodach deficytowych,

1.  wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości,
2.  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,

1.  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,

1.  wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli

kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu,

1.  wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.
2. uzasadnienie potrzeby odbycia wybranej formy kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy, zgodnych ze specyfiką prowadzonej działalności oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS, a w przypadku środków z rezerwy KFS – dodatkowo priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS:

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

2) Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:

 TAK - jakie: ……………………..……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 NIE : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA WNIOSKOWANEJ FORMY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA kształcenia ustawicznego** | **ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA**  **(nazwa, adres, NIP)** | **ILOŚĆ GODZIN kształcenia ustawicznego** | **CENA USŁUGI kształcenia ustawicznego na jedną osobę w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne** | **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego CERTYFIKATÓW JAKOŚCI OFEROWANYCH USŁUG KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO,  a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych,** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………….

(podpis i pieczątka wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentacji)

**UWAGA!**

Pracodawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy   
w Wejherowie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku.

**W załączeniu:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o środki z Krajowego Funduszu Szkoleniowego - Załącznik nr 1,
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*, zgodnie z wzorem załączonym do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24.10.2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) - Załącznik nr 2,
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Pracodawcy – Załącznik nr 3,
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Uczestników szkolenia – Załącznik nr 4
5. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
7. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG. Np. może to być umowa spółki cywilnej wraz   
   z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
8. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, w przypadku braku wskazania osoby podpisującej wniosek i oświadczenia w dokumencie rejestracyjnym firmy, określające jego zakres i podpisane przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność   
   z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania   
   w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

**UWAGA!**

**Wszystkie strony wniosku wraz z załącznikami powinny być ponumerowane.**