........................................................... ................................., 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 2024r., poz. 475) 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 ………………………………………….…..……………………………………………………………………………………

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 (nie uwzględniać Pracodawcy): …………………… osób, tj. ………………………… etatów.

Średnioroczne zatrudnienie: .......................... osób (etatów).

1. Wielkość przedsiębiorcy zgodnie z ustawą *prawo przedsiębiorców* z dnia 6 marca 2018 roku   
   (tj. Dz. U. z 2019 r., poz.1292) *(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

**Uwaga: Środki muszą być przelane realizatorowi działań z tego konta.**

1. Osoba/osoby upoważniona/e do podpisania umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) ……………………………………………………………………………………………………
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** | **Nr priorytetu, który spełnia uczestnik** |
| **Uczestnik 1**  **Imię i Nazwisko:**  **……………………......**  **.......................…..**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko****:*  *……………………………*  *umowa o pracę zawarta od ..............*  *do .....................*  *□ 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**  **Imię i Nazwisko:**  **……………………......**  **………………………..**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko****:*  *……………………………..*  *umowa o pracę zawarta od ..............*  *do .....................*  *□ 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**  **Imię i Nazwisko:**  **……………………......**  **………………………..**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko:***  *……………………………*  *umowa o pracę zawarta od ..............*  *do .....................*  *□ 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 4**  **Imię i Nazwisko:**  **……………………......**  **………………………..**  *Wiek…………………*  ***Stanowisko:***  *……………………………*  *umowa o pracę zawarta od ..............*  *do .....................*  *□ 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 ………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **część iv. uzasadnienie wniosku**  **1) uczestnicy** | | | | | | | | |
| 1. | W celu uzasadnienia odbycia wskazanego rodzaju i tematu kształcenia dla każdego pracownika należy wypełnić poniższą tabelę. | | | | | | | |
| Uczestnik kształcenia ustawicznego | | | Forma zatrudnienia (rodzaj umowy) i okres obowiązywania umowy  (od dd.mm.rrrr. do dd.mm.rrrr.). | Rodzaj kształcenia ustawicznego (właściwe zaznaczyć) | | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS (należy zaznaczy właściwe) | |
| * kurs | * badania lekarskie |
| * studia podyplomowe | * ubezpieczenie |
| * egzamin | * diagnoza potrzeb szkoleniowych |
| Uczestnik nr  ..........  **Imię i nazwisko**  **............................................** | Stanowisko pracy | |  | Nazwa kursu / studiów podyplomowych / egzaminu | | * zatrudnienie do 1 roku od dnia ukończenia kształcenia ustawicznego * zatrudnienie powyżej 1 roku od dnia ukończenia kształcenia ustawicznego | |
|  | |  | |
| Nazwa zawodu deficytowego (jeżeli dotyczy) | |
|  | |
| nr priorytetu: | |
|  | |
| Czy Uczestnik był objęty kształceniem ustawicznym dofinansowanym ze środków KFS? | | | | | | |
|  | w 2021 roku  TAK NIE  Jeśli tak podać nazwę kursu: | | w 2022 roku  TAK NIE  Jeśli tak podać nazwę kursu: | | w 2023 roku  TAK NIE  Jeśli tak podać nazwę kursu: |
| Uzasadnienie objęcia kształceniem, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w odniesieniu do wybranego priorytetu | | | | | | |
| Rodzaj wykonywanych prac (obecnie) | |  | | | | |
| Sposób wykorzystania nabytych w toku kształcenia ustawicznego kompetencji zawodowych w ramach zajmowanego stanowiska pracy | |  | | | | |
| Uzasadnienie wyboru szkolenia w odniesieniu do wybranego priorytetu | |  | | | | |
| Uzasadnienie wyboru szkolenia w odniesieniu do sytuacji na lokalnym lub regionalnym rynku pracy | |  | | | | |

**2) KSZTAŁCENIE USTAWICZNE ZAPLANOWANO W RAMACH:**

**PRIORYTETÓW WYDATKOWANIA KFS OKREŚLONYCH PRZEZ MINISTRA WŁAŚCIWEGO DS. PRACY W POROZUMIENIU Z RADĄ RYNKU PRACY**

**Oświadczam, że środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego zostaną przeznaczone na wsparcie zgodnie z następującymi priorytetami (odpowiednie zaznaczyć):**

* + wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy

*(zakup lub wdrożenie nowych technologii czy procesów dotyczy 12 miesięcy przed złożeniem wniosku lub do trzech miesięcy od jego złożenia)*

- **Załącznik nr 6**

* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych

*(podać zawód z barometru zawodów - sugerując się przede wszystkim zawodem związanym ze wskazanym szkoleniem, a nie stanowiskiem jakie zajmuje uczestnik)* ……………………………………………………………………………….………............……………….....

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych

*(z działań KFS w ramach tego priorytetu mogą korzystać osoby, które w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem lub osób, które mają na utrzymaniu rodziny co najmniej troje dzieci, bądź są członkami takich rodzin, lub posiadają Kartę Dużej Rodziny)* ***-* Załącznik nr 7**

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób w zakresie umiejętności cyfrowych

*(z działań KFS w ramach tego priorytetu mogą korzystać osoby, które chcą się szkolić w zakresie umiejętności cyfrowych, a tematyka szkolenia jest ściśle powiązana   
z wykonywaną pracą)* ***-* Załącznik nr 8**

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej

*(z działań KFS w ramach tego priorytetu mogą korzystać osoby, które są zatrudnione przy produkcji lub naprawie pojazdów samochodowych, a Pracodawca* *musi posiadać odpowiedni przeważający kod PKD w branży motoryzacyjnej)* ***-* Załącznik nr 9**

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia

*(z działań KFS w ramach tego priorytetu mogą korzystać osoby, które na dzień składania wniosku ukończyły 45 rok życia)* ***-* Załącznik nr 10**

* + wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców;

*(z działań KFS w ramach tego priorytetu mogą korzystać cudzoziemcy oraz pracodawcy  
 i pracownicy z polskim obywatelstwem, o ile wykażą w uzasadnieniu wniosku, że szkolenie to ułatwi czy też umożliwi im pracę z zatrudnionymi bądź planowanymi do zatrudnienia w przyszłości cudzoziemcami)* ***-*****Załącznik nr 11**

* Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach *(priorytet skierowany jest do osób realizujących kształcenie w obszarze Zarządzanie i Finanse, a Pracodawca powinien wykazać powiązanie zakresu obowiązków pracownika z wnioskowanym szkoleniem)* ***-*****Załącznik nr 12**

**3) UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA WNIOSKOWANEJ FORMY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**Dane dotyczące realizatora usługi (podać osobno dla każdego szkolenia):**

**Szkolenie nr 1:**

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................……

Nazwa i siedziba realizatora …………………………………………………………………………………………..........……..

NIP ..................................................

Czy posiada wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (podać nr) ..................................................

Certyfikat jakości oferowanych usług, (nazwa dokumentu) ………………………………………………………………………………………...........……………………………………………………

W przypadku kursów – nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator ma uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego …………………………..…………………………………………………………….......……………………………………………………..

Nazwa kształcenia ustawicznego ………………………………………………………..........………………………………...

Liczba godzin kształcenia ustawicznego ……………………………… (zegarowe / dydaktyczne-45min**\***)

**\* zaznaczyć właściwe**

Cena usługi ………………………….

Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (minimum 1 oferta, jeśli to możliwe)

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

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

**Szkolenie nr 2:**

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………….......................….…

Nazwa i siedziba realizatora …………………………………………………………………………………………..........……..

NIP ..................................................

Czy posiada wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (podać nr) ..................................................

Certyfikat jakości oferowanych usług (nazwa dokumentu) ………………………………………………………………………………………...........………………………………………….......….

W przypadku kursów – nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator ma uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego …………………………..…………………………………………………………….......…………………………………………………....

Nazwa kształcenia ustawicznego ………………………………………………………..........…………………………………

Liczba godzin kształcenia ustawicznego ………………………………… (zegarowe / dydaktyczne-45min\*)

**\* zaznaczyć właściwe**

Cena usługi ………………………….

Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa   
(minimum 1 oferta, jeśli to możliwe)

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

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

……………………………………………………...

(podpis i pieczątka wnioskodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentacji)

**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* - **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. Oświadczenie Pracodawcy o powiązaniach kapitałowo-osobowych z Usługodawcą – **Załącznik nr 5,**
6. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
7. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
8. 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).
9. 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.
10. Oświadczenie o zatrudnieniu lub kserokopia umowy o pracę, w przypadku gdy wsparciem objęte są osoby pełniące funkcje zarządcze w spółkach.
11. W przypadku wyboru priorytetu 1) należy wypełnić **Załącznik nr 6.**
12. W przypadku wyboru priorytetu 3) należy wypełnić **Załącznik nr 7.**
13. W przypadku wyboru priorytetu 4) należy wypełnić **Załącznik nr 8.**
14. W przypadku wyboru priorytetu 5) należy wypełnić **Załącznik nr 9.**
15. W przypadku wyboru priorytetu 6) należy wypełnić **Załącznik nr 10.**
16. W przypadku wyboru priorytetu 7) należy wypełnić **Załącznik nr 11.**
17. W przypadku wyboru priorytetu 8) należy wypełnić **Załącznik nr 12.**

**Pouczenie!**

* Wszystkie strony wniosku wraz z załącznikami powinny być ponumerowane.
* Pracodawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany we wniosku.
* W przypadku placówek oświatowych/jednostek publicznych, kiedy uczestnikiem szkolenia jest Dyrektor, należy złożyć wniosek podpisany przez Wójta/Burmistrza/Prezydenta/Starostę, który powołał Dyrektora na stanowisko.
* W przypadku niedołączenia w dniu składania wniosku jednego z niżej wymienionych dokumentów:
* załącznika nr 1 (tj. zaświadczenia lub oświadczenia o pomocy de minimis, w zakresie  
  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),
* załącznika nr 2 ( tj. informacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej),
* kopi dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności –   
  w przypadku braku wpisu do KRS lub CEiDG,
* programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu,
* wzoru dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących

wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym informuje się pisemnie Pracodawcę.