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

(pieczątka zakładu pracy)

# 

# POWIATOWY URZĄD PRACY

**W WEJHEROWIE**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z REZERWY 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 pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS - **Załącznik nr 6 Rezerwa**



* wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności - **Załącznik nr 7 Rezerwa**
* 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 ***-* Załącznik nr 8 Rezerwa**
* wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju ***-* Załącznik nr 9 Rezerwa**

**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 Rezerwa**,
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*, - **Załącznik nr 2 Rezerwa**,
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Pracodawcy – **Załącznik nr 3 Rezerwa**,
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych Uczestników szkolenia - **Załącznik nr 4 Rezerwa,**
5. Oświadczenie Pracodawcy o powiązaniach kapitałowo-osobowych z Usługodawcą – **Załącznik nr 5 Rezerwa,**
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 A należy wypełnić **Załącznik nr 6 Rezerwa.**
12. W przypadku wyboru priorytetu B należy wypełnić **Załącznik nr 7 Rezerwa.**
13. W przypadku wyboru priorytetu C należy wypełnić **Załącznik nr 8 Rezerwa.**
14. W przypadku wyboru priorytetu D należy wypełnić **Załącznik nr 9 Rezerwa.**

**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.