

..........................................

(miejscowość, data)

Nr wniosku…………………………….

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Kępnie**

**Mianowice 2H**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców**

***Podstawa prawna:***

* *Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 1265 1149);*
* *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego* (*t.j*. *Dz. U. z 2018r., poz. 117),*
* *Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013);*
* *Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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 dnia 24.12.2013, str.9),*
* *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2018r. poz.362);1*
* *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm);1*
* *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawionych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. 2010r. Nr 121, poz. 810 z późn. zm.);*
* *Ustawa z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 2168 z późn. zm.).1*

# DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwa i adres wnioskodawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Miejsce prowadzenia działalności:

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

1. Imię i nazwisko pracodawcy:

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

1. Telefon ........................................... adres e mail .......................................................................
2. Numer identyfikacyjny REGON ...........................................................................................
3. Numer identyfikacji podatkowej NIP ....................................................................................
4. Numer działalności gospodarczej według PKD ..........................................................................
5. Rodzaj działalności gospodarczej określony zgodnie Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ……………………………………………………………………..

*(określić PKD dla przeważającego rodzaju działalności)*

1. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej …………………………………...
2. Forma prawna działalności wnioskodawcy …………………………………………………..

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

(np. spółdzielnia, spółka, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, inna)

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy………………………………………………………………………………………...
2. Imię i nazwisko, numer telefonu, fax, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z Urzędem…………………………………………………….......

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

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

1. Nazwa banku pracodawcy oraz numer konta bankowego ……………………………………

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

1. Liczba osób zatrudnionych przez podmiot na dzień złożenia wniosku ………………………
2. Średnioroczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty \* ……………………………….
3. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć)\*:

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

□ małe (przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro),

□ średnie (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),

□ duże

□ nie dotyczy

1. Czy pracodawca korzystał z dofinansowania ze środków KFS?

a) w latach 2014 – 2017 b) w 2018 roku c) nie korzystał

□ TAK □ NIE □ TAK □ NIE □

\*Przy obliczeniu średniorocznego zatrudnienia zgodnie z ustawą ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, dodatkowych urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowych urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres udokumentowany przez przedsiębiorcę.

**II. WYSOKOŚĆ I HARMONOGRAM WSPARCIA**

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego …………………..w tym:

- kwota wnioskowana z KFS: ………………………………………………………………… (słownie ………...…………………………………………………………………………).

- kwota wkładu własnego: ……………………………………………………………………..

(słownie ……………………………………………………………………………………..).

1. Terminy płatności *(wypłata zostanie dokonana na zasadzie prefinansowania przed terminem płatności określonym poniżej. Jako datę dokonania przelewu środków KFS nie należy wskazywać sobót, niedziel oraz dni świątecznych):*
2. Nazwa kształcenia ustawicznego:………………………………………………………….

Kwota dofinansowania ze środków KFS:………………………………………………...

Dzień przelania środków na konto instytucji szkoleniowej w dniu: ………………………

1. Nazwa kształcenia ustawicznego:………………………………………………………….

Kwota dofinansowania ze środków KFS:………………………………………………...

Dzień przelania środków na konto instytucji szkoleniowej w dniu: ………………………

1. Nazwa kształcenia ustawicznego:………………………………………………………….

Kwota dofinansowania ze środków KFS:………………………………………………...

Dzień przelania środków na konto instytucji szkoleniowej w dniu: ………………………

**Uwaga!**

**Pracodawca jest zobowiązany do przelania środków na konto instytucji szkoleniowej w powyższych terminach. Dokonanie płatności przez Pracodawcę w innych terminach niż wskazane, skutkować będzie rozwiązaniem umowy i zwrotem środków KFS wraz z odsetkami ustawowymi.**

1. Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie (właściwe zaznaczyć):

□ działań obejmujących określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego;

□ działań obejmujących kursy;

□ działań obejmujących studia podyplomowe;

□ działań obejmujących egzaminy;

□ działań obejmujących badania;

□ działań obejmujących ubezpieczenie NNW.

1. Szczegółowa specyfika i harmonogram wydatków dotyczących dofinansowania kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Liczba  pracodawców | | Liczba pracowników | | Miejsce i termin realizacji | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | Wnioskowana wysokość z KFS w zł. | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| Ogółem | Kobiety | Ogółem | Kobiety |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek studiów podyplomowych | Liczba  pracodawców | | Liczba pracowników | | Miejsce i termin realizacji | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | Wnioskowana wysokość z KFS w zł. | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| Ogółem | Kobiety | Ogółem | Kobiety |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Liczba  pracodawców | | Liczba pracowników | | Miejsce i termin realizacji | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | Wnioskowana wysokość z KFS w zł. | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| Ogółem | Kobiety | Ogółem | Kobiety |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po kończonym kształceniu oraz termin przeprowadzenia badań | Liczba  pracodawców | | Liczba pracowników | | Miejsce i termin realizacji | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | Wnioskowana wysokość z KFS w zł. | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| Ogółem | Kobiety | Ogółem | Kobiety |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem i data ubezpieczenia | Liczba  pracodawców | | Liczba pracowników | | Miejsce i termin realizacji | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | Wnioskowana wysokość z KFS w zł. | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| Ogółem | Kobiety | Ogółem | Kobiety |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga! Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy:**

* uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego,
* nie uwzględnia się innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

1. Uzasadnienie wniosku:
2. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS.

Należy wykazać, że celem planowanego kształcenia ustawicznego jest zapobieganie utracie zatrudnienia przez osoby pracujące z powodu kwalifikacji i umiejętności nieadekwatnych do wymagań konkurencyjnego rynku pracy tj.:

1. niedopasowanie wykształcenia do potrzeb aktualnego rynku pracy,
2. dezaktualizacji wiedzy, umiejętności, uprawnień,
3. konieczności dostosowania wiedzy, umiejętności, uprawnień do potrzeb nowych technologii.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OFERTA I**  **(oferta wybrana przez pracodawcę)** | **OFERTA II** | **OFERTA III** |
| 1. | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego**  Instytucji Szkoleniowej/Uczelni/Przychodni/ Ubezpieczyciela |  |  |  |
| 2. | **Nazwa** kursu/ studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań |  |  |  |
| 3. | **Termin** kursu studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań |  |  |  |
| 4. | **Cena\*** kursu studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań (na 1 uczestnika)  \*bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem |  |  |  |
| 5. | **Liczba godzin** kursu studiów podyplomowych/  (na 1 uczestnika) |  |  |  |
| 6. | Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS |  | | |
| 7. | Certyfikat jakości usług |  | | |
| 8. | W przypadku kursów – posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. |  | | |

***UWAGA!***

***Niniejszą tabelę należy rozpisać osobno zarówno dla każdego działania jak i dla poszczególnych zakresów tematycznych (porównywane kursy powinien być tożsamy z wybranym kursem oraz powinny posiadać porównywalną liczbę godzin) finansowanych w ramach kształcenia ustawicznego ze środków KFS.***

***\*Pracodawca musi uzasadnić wybór realizatora usługi w porównaniu z podobnymi usługami oferowanymi na rynku, w przypadku braku możliwości pozyskania ofert w ramach danego kształcenia tj. studiów podyplomowych, pracodawca uzasadnia przyczyny braku pozyskania ofert.***

1. Informacja o planach dotyczącego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS (*z podaniem liczby lat np. 1 rok, czas nieokreślony):* ………………………………………………………………………………………………………

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

**PRIORYTETY WYDATKOWANIA W 2018** (proszę odpowiednio zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się Pracodawca w ramach środków ~~limitu~~\*/rezerwy\* KFS).

|  |  |
| --- | --- |
| **limit KFS** | □ wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;  □ wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy;  □ 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. |
| **rezerwa KFS** | □ wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;  □ wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia; |

***\*niepotrzebne skreślić***

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 str. 1) zwanego dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kępnie z siedzibą   
   w Mianowice 2H, 63-600 Kępno; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może sie Pani/Pan skontaktować poprzez e-mail: aambrozik@pupkepno.pl, telefonicznie pod numerem tel. 62 78 247 75 lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt 1. Z inspektorem ochrony danych może sie Pani/Pan skontaktować we wszystkich sprawach dotyczacych przetwarzania danych osobowych   
   oraz korzystania z praw zwiazanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO) dla celów realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.
4. Odbiorcą danych osobowych będą podmioty, którym Administrator przekazuje dane osobowe na podstawie przepisów prawa lub dla realizacji umowy.
5. Odmowa podania danych osobowych jest równoznacznaz brakiem możliwości skorzystania z usług   
   i instrumentów oraz innych form wsparcia przewidzianych w ww. ustawie.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w sposób zapewniający poufność, integralność   
   i dostępność, w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
7. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego   
   lub organizacji międzynarodowej.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:

* żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania,
* ograniczenia przetwarzania,
* a także prawo sprzeciwu,
* zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

.......................................... ......................................................................

(data) (podpis i pieczątka pracodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopii dokumentu poświadczającego formę prawną prowadzonej działalności (wydruk ze strony internetowej CEIDG, wpis do krajowego rejestru sądowego, koncesje lub pozwolenie na prowadzenie działalności).2.
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów (np. KRS)2.
3. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
4. Oświadczenie Wnioskodawcy.
5. Szczegółowe informacje nt. uczestników kształcenia ustawicznego.
6. Program kształcenia lub zakres egzaminu.
7. Wzór dokumentu wystawionego przez realizatora usługi, potwierdzającego kompetencje o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego.
8. Kopia dokument posiadanego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia – w przypadku kursów.

2 Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginał

# III. WYPEŁNIA:

# *Komisja Kwalifikacyjna ds. Programów Rynku Pracy:*

* 1. Komisja Kwalifikacyjna w dniu .................... opiniuje: pozytywnie\*/ negatywnie\*\* wniosek o dofinansowanie kształcenia ustawicznego.
  2. Komisja stwierdza, że pracodawca spełnia\*/ nie spełnia\* warunki wymagane do otrzymania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

Uzasadnienie\*\*: .............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

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

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

Podpisy członków Komisji Kwalifikacyjnej: …………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

# *Decyzja Starosty o kwalifikacji wniosku:*

1. pozytywnie\* b) negatywnie\*\*

Uzasadnienie \*\*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………… ………………………………………………

(data) (pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

\*Niepotrzebna skreślić.

\*\*W przypadku odpowiedzi negatywnej wymagane jest uzasadnienie.