

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

(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 2021r. poz. 1100 z późn. zm.),
* *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)* *oraz rozporządzenie Komisji (UE) 220/972 z dnia 2 lipca 2020r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1407/2013 w odniesieniu do jego przedłużenia oraz zmieniające rozporządzenie (UE) nr 651/2014 w odniesieniu do jego przedłużenia i odpowiednich dostosowań (Dz.Urz. UE L 215/3 z 07.07.2020 s.1),;*
* *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, poz. 9),*
* *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2020r. poz.708);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 podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. 2010r. Nr 121, poz. 810 z późn. zm.);*
* *Ustawa z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 162)*

# 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 poprzednich latach b) nie korzystał

□ TAK □ NIE

\*Przy obliczeniu średniorocznego zatrudnienia zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018r prawo przedsiębiorców 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 nie uzasadnionych 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  od ……  do ..…. | 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  od ……  do ...…. | 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. Wnioskodawca w uzasadnieniu powinien wskazać priorytet z którego zamierza skorzystać i udowodnić że wskazana forma kształcenia jest powiązana z określonym priorytetem.

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). W przypadku dotyczącego kształcenia samego pracodawcy proszę podać plany co do działania firmy w przyszłości:*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

**PRIORYTETY WYDATKOWANIA W 2022** (proszę odpowiednio zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się Pracodawca w ramach środków limitu\*/~~rezerwy~~\* KFS).

|  |  |
| --- | --- |
| **limit KFS** | * wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek pandemii COVID-19, musiały podjąć działania w celu dostosowania się do zmienionej sytuacji rynkowej; * wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem; * wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych; * wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących będących członkami rodzin wielodzietnych; * 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; * wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych; * wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej; * kształcenie ustawiczne, które nie wpisuje się żaden z powyższych priorytetów. |
| **rezerwa KFS** | * wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia; * wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności; * wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców; * kształcenie ustawiczne, które nie wpisuje się żaden z powyższych priorytetów. |

***\*niepotrzebne skreślić***

Upoważniam PUP w Kępnie do sprawdzenia danych i informacji podanych we wniosku oraz w czasie trwania umowy o przyznanie środkówz Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie, przekazywanie moich danych osobowych w postaci wizerunku oraz publikowanie fotografii w celu realizacji dofinansowania, promocji, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości dokonanych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 s. 1).

Potwierdzam, iż otrzymałem/am i zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

*Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 KK za oświadczenia nieprawdy lub zatajenia prawdy.*

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

(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, w tym dotyczące pomocy de minimis.
5. Szczegółowe informacje nt. uczestników kształcenia ustawicznego.
6. Program kształcenia lub zakres egzaminu.
7. Oświadczenie Wnioskodawcy (dotyczy priorytetu 1) zał. Nr.7
8. Oświadczenie Wnioskodawcy (dotyczy priorytetu 2) zał. Nr 8
9. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
10. Kopia dokumentu 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.