

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

(miejscowość, data)

Nr wniosku…………………………….

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Kępnie**

**ul. Wieruszowska 4**

**63 – 600 Mianowice**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców**

***Podstawa prawna:***

* *Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 475 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 2018 r., poz. 117);*
* *Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U.UE.L.2023/2831 z 15.12.2023)*
* *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.U.UE.L.352. z dnia 24.12.2013, str. 9 ze zm);*
* *Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury ( Dz. Urz. UE L 190 z dnia 28.06.2014r., str 45, ze zm),*
* *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz.702);*
* *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2023r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 40);*
* *Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 236 z późn. zm.).*

# DANE DOTYCZĄCE 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 cywilnoprawnej ………………………………………………………………………………………...............
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[[1]](#footnote-1) przez podmiot na dzień złożenia wniosku ……………………..
2. Średnioroczne zatrudnienie[[2]](#footnote-2) w przeliczeniu na pełne etaty……………………………….
3. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć):

□ mikro (za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.),

□ małe (za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.),

□ średnie (za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.),

□ duże (za**dużego przedsiębiorcę** uznajesię przedsiębiorcę zatrudniającego**powyżej 250 pracowników**i którego roczny obrót przekracza**50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa przekracza 43 miliony EUR)**

□ inne jakie:………………………………………………………………………………

1. Czy pracodawca dotychczas korzystał z dofinansowania ze środków KFS?

□ TAK □ NIE

1. **ZGODNOŚĆ DOFINANSOWANYCH DZIALAŃ Z UTALONYMI PRIORYTETAMI**

**RADY RYNKU PRACY WYDATKOWANIA tzw. REZERWY KFS W ROKU 2024**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa priorytetu** | **Opis priorytetu** | **Wskazanie wniosko-wanego priorytetu**  **(zaznaczyć X)** | **Kwota dofinansowa-nia w ramach wnioskowa-nego priorytetu** |
| **1** | **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 prowadzonych przez MRiPS.** | Podmioty uprawnione do korzystania z środków w ramach tego priorytetu to:   **CIS i KIS** to jednostki prowadzone przez JST, organizacje pozarządowe, podmioty kościelne lub spółdzielnie socjalne. Centra i Kluby Integracji Społecznej zatrudniają kadrę odpowiedzialną za reintegrację społeczną i zawodową uczestników. O przyznaniu statusu CIS decyduje Wojewoda, który prowadzi także rejestr tych podmiotów. Ponadto wojewoda prowadzi również rejestr KIS. CIS może prowadzić działalność wytwórczą, handlową lub usługową oraz działalność wytwórczą w rolnictwie. W związku z tym Centrum zatrudnia pracowników odpowiedzialnych za prowadzenie danej działalności, a ponadto pracownika socjalnego, instruktorów zawodu oraz inne osoby prowadzące reintegrację społeczną i zawodową.   **WTZ** mogą być tworzone, przez fundacje, stowarzyszenia i inne podmioty. Działają one w celu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Podmiot prowadzący WTZ zawiera z samorządem powiatu umowę regulującą między innymi warunki i wysokość dofinansowania kosztów utworzenia i działalności warsztatu ze środków PFRON. Załącznik nr 4 do procedury o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z Krajowego Funduszu Szkoleniowego Priorytety wydatkowania środków z rezerwy KFS w roku 2023 W WTZ zatrudnieni są psycholodzy, instruktorzy terapii zajęciowej, specjaliści do spraw rehabilitacji lub rewalidacji. Ponadto WTZ może zatrudniać: pielęgniarkę lub lekarza, pracownika socjalnego, instruktora zawodu, a także inne osoby niezbędne do prawidłowego funkcjonowania warsztatu. Pracodawcy zamierzający skorzystać z tego priorytetu powinni wykazać, że współfinansowane ze środków KFS działania zmierzające do podniesienia kompetencji pracowników związane są z ich zadaniami realizowanymi w CIS, KIS, WTZ, ZAZ, przedsiębiorstwie społecznym lub spółdzielni socjalnej.   **Przedsiębiorstwa społeczne** wpisane do wykazu przedsiębiorstw społecznych, który zgodnie z ustawą o ekonomii społecznej prowadzony jest przez MRiPS w systemie Rejestr Jednostek Pomocy Społecznej (RJPS), pod adresem https://rjps.mpips.gov.pl/RJPS/RU/start.do?id\_menu=59. Wykaz zawiera tylko przedsiębiorstwa społeczne, którym status ten został nadany przez wojewodę, odpowiedniego ze względu na siedzibę podmiotu. Nadanie statusu odbywa się poprzez wydanie decyzji administracyjnej, po wcześniejszej dokładnej weryfikacji spełniania przez wnioskujący podmiot warunków określonych w ustawie o ekonomii społecznej. Z tego względu nie ma konieczności prowadzenia dodatkowej weryfikacji na potrzeby ustalenia czy pracodawca aplikujący o wsparcie spełnia przesłanki niezbędne do uzyskania tego statusu, wystarczy jedynie sprawdzić, czy w momencie składania wniosku figuruje on w rejestrze przedsiębiorstw społecznych. Status przedsiębiorstwa społecznego mogą uzyskać m.in. organizacje pozarządowe (np. fundacje i stowarzyszenia) spółki non-profit, spółdzielnie socjalne, a także kościelne osoby prawne.   **Spółdzielnie socjalne** – to podmioty wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego, na tej podstawie można zweryfikować ich formę prawną. Niektóre spółdzielnie socjalne mogą uzyskać status przedsiębiorstwa społecznego. W takiej sytuacji ich uprawnienia do skorzystania ze wsparcia w ramach tego priorytetu można potwierdzić na podstawie listy przedsiębiorstw społecznych, o której mowa powyżej. Bez względu na to, czy spółdzielnia socjalna posiada status przedsiębiorstwa społecznego, jest ona uprawniona do skorzystania ze środków w ramach tego priorytetu.   **Zakłady aktywności zawodowej** – to podmioty, które mogą być tworzone przez gminę, powiat oraz fundację, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, decyzję o przyznaniu statusu zakładu aktywności zawodowej wydaje wojewoda.  Ze środków w ramach tego priorytetu korzystać mogą wszyscy pracownicy przedsiębiorstw społecznych i ZAZ oraz pracownicy i członkowie spółdzielni socjalnych. Podobnie jak w 2022 r. nie ma potrzeby weryfikowania, czy pracownik, którego przeszkolenie ma być wsparte ze środków KFS należy do grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub do osób wymienionych w art. 4 ust 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych.  Celem potwierdzenia spełniania priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy (Załącznik A). |  |  |
| **2** | **Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.** | Pracodawca powinien udowodnić posiadanie przez kandydata na szkolenie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (np. kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub oświadczenie o posiadaniu takiego orzeczenia).  Celem potwierdzenia spełniania priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy (Załącznik B) wraz z załączonymi dokumentami. |  |  |
| **3** | **Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.** | Pracodawca musi wskazać, że pracownicy odbywający wnioskowaną formę pracowali w warunkach niszczących zdrowie. Pracodawca w szczególności powinien uwzględnić pracowników, którzy nie mają prawa do emerytury pomostowej.  Celem potwierdzenia spełniania priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy (Załącznik C). |  |  |
| **4** | **Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach / branżach kluczowych dla rozwoju powiatu / województwa wskazanych w dokumentach strategicznych / planach rozwoju.** | Należy wskazać zawód zgodny z „Lista zawodów i specjalności z uwzględnieniem kwalifikacji i umiejętności zawodowych, na które istnieje zapotrzebowanie na lokalnym rynku pracy powiatu kępińskiego” dostępną pod adresem: https://kepno.praca.gov.pl/-/23113120-analiza-potrzeb-szkoleniowych-w-roku-2024  Celem potwierdzenia spełniania priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy (Załącznik D). |  |  |
| **SUMA:** | | | |  |

1. **WYSOKOŚĆ I HARMONOGRAM WSPARCIA**

Przed przystąpieniem do wypełnienia tej części wniosku należy:

1. uwzględnić wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego;
2. nie uwzględniać 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 szkolenia itp.
3. określić termin realizacji kształcenia ustawicznego ze środków KFS, przy czym termin ten nie może być wcześniejszy, niż data podpisania umowy z Starostą;
4. pamiętać, iż koszt kształcenia który finansowany jest w całości lub w wysokości co najmniej 70% ze środków publicznych podlega zwolnieniu od podatku VAT;
5. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego …………………..w tym:

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

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

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

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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

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/ubezpieczenia NNW\*\* |  |  |  |
| 3. | **Termin** kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/ badań/ ubezpieczenia NNW\*\* |  |  |  |
| 4. | **Cena** kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/ badań/ubezpieczenia NNW\*\* (na 1 uczestnika)  Cena nie może zawierać 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 oferowanych usług kształcenia ustawicznego (np. certyfikat systemów jakości, akredytacja). |  | | |
| 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 powinny być tożsame 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.***

***\*\*niepotrzebne skreślić***

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

*Potwierdza, iż znane mi są ustawowe warunki wystąpienia z przedmiotowym wnioskiem i zasady przetwarzania danych przez PUP w trybie art. 13 ust. 4[[3]](#footnote-3). Jestem świadom, że szczegółowe zakresy przetwarzania danych określono w informacji administratora znajdującej się na stronie:* [*https://kepno.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych*](https://kepno.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych) *oraz w tablicach informacyjnych PUP.*

*Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.*

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

(data) (pieczątka i podpis podmiotu lub osoby uprawnionej

do reprezentowania podmiotu )

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopia dokumentu poświadczającego formę prawną prowadzonej działalności (np. wydruk ze strony internetowej CEIDG, wpis do krajowego rejestru sądowego, umowa spółki cywilnej, koncesje, pozwolenie na prowadzenie działalności, statut, regulamin, uchwała lub inne dokumenty właściwe dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli itp.) [[4]](#footnote-4).
2. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów (np. KRS)4 – jeśli dotyczy.
3. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
4. Oświadczenia o wysokości uzyskanej pomocy de minimis.
5. Oświadczenie Wnioskodawcy
6. Szczegółowe informacje nt. uczestników kształcenia ustawicznego.
7. Program kształcenia lub zakres egzaminu.
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
9. Kopia dokumentu posiadanego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia – w przypadku kursów.
10. Załączniki potwierdzające spełnianie wskazanego Priorytetu[[5]](#footnote-5):

* Załącznik A - Oświadczenie Pracodawcy o spełnieniu Priorytetu RRP/A 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 prowadzonych przez MRiPS;
* Załącznik B - Oświadczenie Pracodawcy o spełnieniu Priorytetu RRP/B wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;
* Załącznik C - Oświadczenie Pracodawcy o spełnieniu Priorytetu RRP/C wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej;
* Załącznik D - Oświadczenie Pracodawcy o spełnieniu Priorytetu RRP/D wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach / branżach kluczowych dla rozwoju powiatu / województwa wskazanych w dokumentach strategicznych / planach rozwoju;

# IV. 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.

1. Pracownik, zgodnie z art. 2 Kodeksu Pracy to osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. [↑](#footnote-ref-1)
2. Przy obliczeniu średniorocznego zatrudnienia zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. 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, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę – art. 7 ustęp 4 w/w ustawy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzanie o ochronie danych Dz. Urz. UE. L. 2016.119.1 ze zm.) – dalej Rozporządzenie art. 13 ust. 4 „Ust. 1,2 i 3 nie mają zastosowania, gdy – i w zakresie, w jakim – osoba, której dane dotyczą, dysponuje już tymi informacjami.” [↑](#footnote-ref-3)
4. Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem. [↑](#footnote-ref-4)
5. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-5)