

 Zwoleń, dnia ...........................................

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

Pieczęć przedsiębiorcy

**Wniosek pracodawcy o finansowanie kształcenia ustawicznego**

**z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Na zasadach określonych w art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018 r. poz. 117 z późn. zm.).

1. **DANE PRACODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy .............................................................................................................................................. ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Adres siedziby firmy ........................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................

3. Tel ........................................... fax ........................................... e-mail ..............................................................

4. REGON ............................................... NIP ................................................. **PKD\*** ...........................................

5. Miejsce prowadzenia działalności ...................................................................................................................... .................................................................................................................................................................................

6. Rodzaj prowadzonej działalności .......................................................................................................................

7. Wielkość przedsiębiorcy mikro mały średni duży inny (jaki?) ...............................................................

8. Liczba zatrudnionych pracowników ...................................................................................................................

9. Nazwa banku i nr konta ...................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................

10. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy:

................................................................................................................................................................................. 11. Osoba wskazana do kontaktów z PUP:

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

Imię i nazwisko stanowisko telefon służbowy

12. Imię, nazwisko i stanowisko służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy:

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

1. **DANE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

1. Rodzaj działań do sfinansowania z KFS

|  |  |
| --- | --- |
| Wyszczególnienie | Liczba osób |
| Pracodawca | Pracownicy |
| ogółem | kobiety |
| Liczba osób ogółem |  |  |  |
| Wg rodzaju wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabyte umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Wg grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |

***Finansowaniu podlegają wyłącznie koszty kursów, szkoleń, egzaminów, studiów podyplomowych, badań lekarskich i psychologicznych, ubezpieczenia NNW***

W przypadku kursów, studiów podyplomowych i egzaminów – należy wpisać tematykę szkoleń, kierunek studiów i rodzaj egzaminów oraz nazwę wykonawcy, adres jego siedziby, a także miejsce odbywania zajęć: ....................................................................................................................................................................

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

Planowany termin realizacji działań: ........................................................................................................................

2. Całkowita wysokość wydatków na działania wskazane w pkt 1 ........................................................................

w tym:

- kwota wnioskowana z KFS: .................................................................................................................................

- kwota wkładu własnego\*: ......................................................................................................................................

- kosztów kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika ..................................................................................

**\*Uwaga:**

**- Na podstawie art. 69b ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149) na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przeznaczyć środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w wysokości:**

1. **80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;**
2. **100% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.**

3. Wnioskowane środki rezerwy KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów na rok 2018 (właściwe zaznaczyć):

* Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych,
* Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia,

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

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

5. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS, wraz z następującymi informacjami

1. Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego:
........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Nazwa i liczba godzin kształcenia ustawicznego ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów - posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych (jeżeli tak to prosimy o dostarczenie kopi dokumentu potwierdzającego za zgodność z oryginałem)

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

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

1. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

6. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS

1. Wskazanie osoby/osób, która ma być objęta kształceniem ustawicznym wraz z planami dalszego zatrudnienia: ...................................................................................................................................................... ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ **UWAGA!
Pracodawca może ubiegać się o finansowanie jeszcze nierozpoczętej formy kształcenia**

Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych

**Oświadczenia strony występującej z wnioskiem bądź osoby upoważnionej**

* wszystkie podane we wniosku informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym;
* nie toczy się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
* nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
* nie posiadam zaległości w opłacaniu należnych podatków;
* nie posiadam zaległości z tytułu opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
* jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
* **PROWADZĘ/NIE PROWADZĘ\* działalność(ci) gospodarczą(ej)** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 06.03.2018 r. Prawo Przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, z późń. zm.).
* Zgodnie z Ustawą z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.): (zaznaczyć odpowiednio X)

**JESTEM BENEFICJENTEM** pomocy publicznej, w związku z czym podlegam przepisom ustawy o pomocy publicznej (patrz pouczenie)

**NIE JESTEM BENEFICJENTEM** pomocy publicznej i nie podlegam przepisom ustawy o pomocy publicznej

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z wykonywaniem zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Zwoleniu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r., poz. 1000).

 .....................................................
 pieczątka i podpis pracodawcy

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oświadczenie beneficjenta pomocy publicznej – załącznik nr 1.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 2.
3. Informacja o wysokości uzyskanej pomocy de minimis - załącznik nr 3.
4. Zaświadczenia o pomocy de minimis (oraz zaświadczenia o pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie) jakie podmiot otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat.
5. Wykaz osób objętych pomocą - załącznik nr 4.
6. W przypadku wnioskowania o sfinansowanie studiów podyplomowych - załącznik nr 5 (wypełniony przez organizatora studiów podyplomowych).
7. Uczestnicy działań finansowanych ze środków KFS – załącznik nr 6.
8. Kopia dokumentu (potwierdzona za zgodność z oryginałem) przedstawiającego potwierdzenie oznaczenia formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej.
9. Program, zakres egzaminu kursów/szkoleń/studiów podyplomowych wymienionych we wniosku.
10. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

Pouczenie:
Zgodnie z art. 2 pkt 16 Ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach pomocy publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1808 z późn. zm.) przez **beneficjenta pomocy publicznej** należy rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność   zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną.

Przez **działalność gospodarczą** (art. 2 pkt 17 ustawy o postępowaniu w sprawach pomocy publicznej) należy rozumieć działalność, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

Ponadto, gdy pracodawca podlega przepisom ustawy o pomocy publicznej, zastosowanie mają:

* 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) lub
* 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 24.12.2013) lub
* rozporządzenie rady (WE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do produktów rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014)

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

pieczątka i podpis pracodawcy

**ADNOTACJA PRACOWNIKA PUP:**

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

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

pieczątka i podpis pracownika urzędu***Załącznik nr 1***

**OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA POMOCY PUBLICZNEJ**

1) Imię i nazwisko albo nazwa ................................................................................................................................ ..................................................................................................................................................................................

2) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby ................................................................................................ ..................................................................................................................................................................................

4) Numer identyfikacji podatkowej (NIP) ...............................................................................................................

1. **SPEŁNIAM / NIE SPEŁNIAM\***warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.);
2. **SPEŁNIAM / NIE SPEŁNIAM / NIE DOTYCZY\***warunki(ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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 24.12.2013);
3. **SPEŁNIAM / NIE SPEŁNIAM / NIE DOTYCZY\***warunki(ów) rozporządzenia rady (WE) 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 28.06.2014 str. 45)*;
4. **OTRZYMAŁEM / NIE OTRZYMAŁEM\*** pomoc(y) *de minimis* w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych. Wielkość pomocy *de minimis* otrzymana w tym okresie wynosi**\*\***..............................;
5. **OTRZYMAŁEM / NIE OTRZYMAŁEM\*** pomoc(y) *de minimis* w rolnictwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych. Wielkość pomocy *de minimis* w rolnictwie otrzymana w tym okresie wynosi**\*\*** ..............................;
6. **OTRZYMAŁEM / NIE OTRZYMAŁEM\*** pomoc(y) *de minimis* w rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych. Wielkość pomocy *de minimis* w rybołówstwie otrzymana w tym okresie wynosi**\*\***..............................;
7. **OTRZYMAŁEM / NIE OTRZYMAŁEM\*** pomoc(y) publiczną(ej) przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc *de minimis* (lub *de minimis* w rolnictwie / rybołówstwie);

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

pieczątka i podpis pracodawcy

***Załącznik nr 3***

**INFORMACJA O WYSOKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS***

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy wypełnić poniższe zestawienia oraz dołączyć wszystkie zaświadczenia o otrzymanej pomocy *de minimis* w okresie, o którym mowa wyżej**.**

1) Imię i nazwisko albo nazwa

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

2) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby

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

4) Numer identyfikacji podatkowej (NIP) ...............................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa podmiotu udzielającego pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy publicznej** | **Forma pomocy** | **Wartość udzielonej pomocy (zł/euro)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | **zł** |
| **euro** |

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

pieczątka i podpis pracodawcy

***Załącznik 4***

........................................ Zwoleń dnia,.................................

 Pieczątka firmowa

***Wykaz osób objętych pomocą w ramach KFS***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***LP*** | ***Nazwisko i Imię*** | ***Stanowisko*** | ***Data rozpoczęcia i zakończenia umowy*** ***o pracę*** | ***Wykształcenie*** | ***Miejsce zatrudnienia*** | ***Korzystał /******Nie korzystał ze środków KFS******w 2018r. w kwocie*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

pieczątka i podpis pracodawcy

***Załącznik nr 5***

Załącznik Nr 2

...................................................... ................................, dn. ..........................

 pieczęć uczelni lub organizatora

 studiów podyplomowych

ZAŚWIADCZENIE UCZELNI

(ORGANIZATORA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH)

O NAZWIE, TERMINIE REALIZACJI I KOSZCIE STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

1. ............................................................................................................................................................................

nazwa uczelni lub organizatora studiów podyplomowych i adres

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

zaświadcza, iż jest organizatorem .....................................................................................................................

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

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

 nazwa kierunku studiów podyplomowych

2. Całkowity koszt studiów podyplomowych wynosi: .................................................................................... zł,

 (słownie: ......................................................................................................................................................... zł)

3. Proponowane terminy opłat ratalnych:

a) I rata - ............................. zł, termin płatności - .....................................................,

b) II rata - ............................ zł, termin płatności - .....................................................,

c) III rata - .......................... zł, termin płatności - .....................................................,

d) IV rata - .......................... zł, termin płatności - ......................................................

4. Studia podyplomowe będą realizowane w terminie od .................................... do .....................................

5. Pani/Pan ........................................................... zam. ..........................................................................................

...................................................................................... Nr PESEL ....................................................................

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do wydawania zaświadczenia w imieniu uczelni lub organizatora studiów podyplomowych

**Załącznik nr 6**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uczestnicy działań finansowanych ze środków KFS**  |  |  |  |  |
| Wyszczególnienie | Liczba pracodawców | Liczba pracowników |
| razem | kobiety |
| w okresie sprawozdawczym |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| Objęci wsparciem KFS ogółem  | 1 |   |   |   |
| z wiersza 1 | według rodzaju wsparcia  | kursy | 2 |  |  |  |
| studia podyplomowe | 3 |  |  |  |
| egzaminy | 4 |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne | 5 |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW | 6 |  |  |  |
| według poziomu wykształcenia | wyższe  | 7 |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe  | 8 |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące | 9 |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe  | 10 |  |  |  |
| gimnazjalne i poniżej  | 11 |  |  |  |
| według grup wielkich zawodów i specjalności | Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy  | 12 |  |  |  |
| Specjaliści  | 13 |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel  | 14 |  |  |  |
| Pracownicy biurowi  | 15 |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy | 16 |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy | 17 |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy  | 18 |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń  | 19 |  |  |  |
| Pracownicy przy pracach prostych  | 20 |  |  |  |
| Siły zbrojne  | 21 |  |  |  |
| Bez zawodu  | 22 |  |  |  |
| wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze  | 23 |  |  |  |
| w tym osoby mogące udokumentować wykonywanie przezco najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub pracyo szczególnym charakterze | 24 |   |   |   |

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

pieczątka i podpis pracodawcy