Załącznik Nr 1a do Zasad przyznawania Pracodawcy środków z Krajowego Funduszu

Szkoleniowego (KFS) przez Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej w 2024 r.

…………………………………. ………………………., dn. ………………………..

(pieczęć pracodawcy)

**STAROSTA KOLBUSZOWSKI**

**Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w ramach priorytetów ustalonych na 2024 r.**

na zasadach określonych w art. 69a ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.05.2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, dla\*:

**Pracodawcy będącego beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 702).

**Pracodawcy nie będącego beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 702).

\* zaznaczyć właściwe

**Informacja:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
2. Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez wnioskodawcę.
3. Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy należy wpisać **„nie dotyczy”.**

|  |
| --- |
| Składam/y:\* |
| Wniosek  Korektę wniosku |

\*zaznaczyć właściwe

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Adres siedziby pracodawcy *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)* | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby)* | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Adres do korespondencji  *(miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – wypełnić, jeśli adres jest inny niż podany w pkt 2)* | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Dane teleadresowe pracodawcy | Telefon |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. NIP | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. REGON | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. KRS | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Przeważający rodzaj działalności gospodarczej według (PKD) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności *(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)* | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Forma opodatkowania | | 1. karta podatkowa 2. księga przychodów i rozchodów: 3. Pełna księgowość: 4. Podatek liniowy: 5. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych: 6. zasady ogólne: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Osoba wyznaczona do kontaktu z PUP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14. Wielkość przedsiębiorstwa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę - na dzień złożenia wniosku: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wskaźnik rocznych jednostek pracy (RJP) wynosi wg. danych dot. ostatniego zamkniętego roku podatkowego | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wielkość przedsiębiorstwa\*\* | | mikro  małe  średnie  inne  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa banku i numer rachunku bankowego pracodawcy na które będą przekazywane środki z KFS | | Nazwa banku: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Powyższy rachunek bankowy jest** (zaznaczyć właściwe): | | wyodrębnionym rachunkiem bankowym utworzonym przez pracodawcę na potrzeby Krajowego Funduszu Szkoleniowego  kontem ogólnym pracodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  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.  \*\* wielkość przedsiębiorstwa ustalona zgodnie z zasadami ustalania statusu przedsiębiorstwa,określonymi w Załączniku Nr 1 do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dn. 17 czerwca 2014r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 187, str. 1 z późn. zm.).  **UWAGA:** Określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **INFORMACJE O DZIAŁANIACH PLANOWANYCH DO FINANSOWANIA Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO:**
2. **Określenie potrzeb Pracodawcy – rodzaj działań i liczba osób**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | | Liczba pracodawców | | Liczba pracowników | |
| ogółem | w tym kobiet | ogółem | w tym kobiet |
| Objęci wsparciem ogółem, w tym: | |  |  |  |  |
| według rodzajów  działania | kursy/szkolenia (proszę wymienić):  1.  2.  3. |  |  |  |  |
| studia podyplomowe (proszę wymienić):  1.  2.  3. |  |  |  |  |
| egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych (proszę wymienić):  1.  2.  3. |  |  |  |  |
| badania lekarskie/ psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |
| Pracodawca wnioskuje o przyznanie środków KFS na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego, w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS | | tak – zaznaczenie odpowiedzi twierdzącej wymaga oddzielnego opisania wszelkich działań stanowiących diagnozę zapotrzebowania pracodawcy na kształcenie ustawiczne wraz z uzasadnieniem takiej potrzeby.  nie | | | |

1. **Koszty planowanych działań kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy: | |
| kwota w PLN | słownie |
|  |  |
| 2. | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: | |
| kwota w PLN | słownie |
|  |  |
| 3. | Wnioskowana wysokość środków z KFS: | |
| kwota w PLN | słownie |
|  |  |
| Wysokość środków na finansowanie działań kształcenia ustawicznego z Krajowego Funduszu Szkoleniowego wynosi:   1. **w przypadku mikroprzedsiębiorstw** – 100% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż **300 %** przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, 2. **w przypadku pozostałych Pracodawców** – 80% tych kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż **300 %** przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.   Wkład Pracodawcy liczony jest od całości kosztów kształcenia ustawicznego. Przy wyliczaniu wkładu własnego Pracodawca nie uwzględnia innych kosztów, które ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, tj. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w szkoleniu, kosztów delegacji itp. Wkład własny nie może pochodzić ze środków pracownika. Wkładem własnym nie może być koszt udostępnienia przez Pracodawcę realizatorowi usługi kształcenia ustawicznego sali/pomieszczeń, sprzętu i innych niezwiązanych z wkładem finansowym Pracodawcy. Wkładem własnym nie może być także podatek VAT. Usługa kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowana w co najmniej 70% ze środków publicznych zwolniona jest z podatku VAT. | | |

3. Priorytety wydatkowania środków rezerwy KFS w 2024 roku w ramach, których Pracodawca ubiega się o finansowanie kształcenia ustawicznego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Priorytety** | **Liczba osób** |
| 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 prowadzonym przez MRPiPS. |  |
| B | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. |  |
| C | 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. |  |
| D | Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju. |  |

**4. Informacje dotyczące ogólnej liczby osób przewidzianych do objęcia działaniami kształcenia ustawicznego** (*w przypadku, gdy jedna osoba korzystać będzie w danym roku więcej niż jeden raz z tej samej formy wsparcia np. szkolenia należy w ogólnej liczbie osób objętych tą formą ująć ją tylko raz).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE** | | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem** | | | | |
| **Ogółem** | **Pracodawcy** | | **Pracownicy** | |
| **Razem** | **W tym kobiety** | **Razem** | **W tym kobiety** |
| **Według rodzaju wsparcia** | Kursy/Szkolenia |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie lub / i psychologiczne |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb  w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |  |  |  |
| **Według grupy wiekowej** | 15 – 24 lata |  |  |  |  |  |
| 25 – 34 lata |  |  |  |  |  |
| 35 – 44 lata |  |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |  |
| **Według poziomu wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ III. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZACJI DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

***Należy sporządzić odrębnie, w odniesieniu do każdego pracownika/pracodawcy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osoba nr 1** (zaznaczyć właściwe) pracownik  pracodawca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA/PRACODAWCY PLANOWANEGO DO OBJĘCIA WSPARCIEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zajmowane stanowisko w przypadku pracownika | **Wiek** | | | | **Poziom wykształcenia** | | | | | | | **Płeć** | | | **Miejsce wykonywania pracy** | **Korzystał**  **ze środków KFS**  **w 2024 r.** | Podstawa zatrudnienia wg kodeksu pracy oraz okres zatrudnienia | | Priorytet wydatkowania środków rezerwy KFS (litera odpowiednio od A do D) w przypadku kształcenia realizowanego w zawodzie deficytowym należy wpisać dodatkowo 6 cyfrowy kod zawodu dotyczącego kierunku kształcenia (nie stanowiska pracy) |
| 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45 i więcej | gimnazjalne i poniżej | | zasadnicze zawodowe | średnie ogólnokształcące | średnie zaw. | policealne | wyższe | mężczyzna | kobieta | |  | TAK: w kwocie  …………………  NIE | umowa o pracę  powołanie  mianowanie  wybór  spółdzielcza umowa o pracę  od  do  PRACODAWCA | | A  B  C  D    **Zaznaczyć i dołączyć właściwy załącznik**  Kod zawodu deficytowego |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| **SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH DLA PRACOWNIKA/PRACODAWCY DZIAŁAŃ Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego** | | | | | | | | | | | | | | **Forma kształcenia ustawicznego** | | | **Termin realizacji**  **(od... - do..) poszczególnych działań z kol. 1** | **Koszt kształcenia ustawicznego (w zł)** | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
| **Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracownika/Pracodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Koszt kształcenia ustawicznego przypadający na Osobę, finansowany ze środków KFS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego pracownika / Pracodawcy*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika zadań zawodowych | | | | | | * + 1. *wykaz kluczowych kompetencji uzyskanych w ramach planowanego kształcenia ustawicznego (*dotyczących wiedzy / umiejętności / uprawnień / kwalifikacji) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osoby **(**Plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy,  a w przypadku objęcia wsparciem pracodawcy – informacja na temat planów co do działalności firmy w przyszłości. | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Obecne lub przyszłe potrzeby pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego,   **(uzasadnienie w jaki sposób zostaną wykorzystane kompetencje zawodowe nabyte w trakcie kształcenia ustawicznego)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy,   **(uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przez uczestnika przy uwzględnieniu zgodności kompetencji nabywanych przez pracodawcę/ pracownika)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2024 rok priorytetami wydatkowania środków KFS określonymi przez MRiPS,   **(uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu priorytetu wydatkowania środków rezerwy KFS na 2024 r.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba nr 2** (zaznaczyć właściwe) pracownik  pracodawca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA/PRACODAWCY PLANOWANEGO DO OBJĘCIA WSPARCIEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zajmowane stanowisko w przypadku pracownika | **Wiek** | | | | **Poziom wykształcenia** | | | | | | | **Płeć** | | | **Miejsce wykonywania pracy** | **Korzystał**  **ze środków KFS**  **w 2024 r.** | Podstawa zatrudnienia wg kodeksu pracy oraz okres zatrudnienia | | Priorytet wydatkowania środków KFS (litera odpowiednio od A do D) w przypadku kształcenia realizowanego w zawodzie deficytowym należy wpisać dodatkowo 6 cyfrowy kod zawodu dotyczącego kierunku kształcenia (nie stanowiska pracy) |
| 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45 i więcej | gimnazjalne i poniżej | | zasadnicze zawodowe | średnie ogólnokształcące | średnie zaw. | policealne | wyższe | mężczyzna | kobieta | |  | TAK: w kwocie  …………………  NIE | umowa o pracę  powołanie  mianowanie  wybór  spółdzielcza umowa o pracę  od  do  PRACODAWCA | | A  B  C  D  **Zaznaczyć i dołączyć właściwy załącznik**  Kod zawodu deficytowego |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| **SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH DLA PRACOWNIKA/PRACODAWCY DZIAŁAŃ Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego** | | | | | | | | | | | | | | **Forma kształcenia ustawicznego** | | | **Termin realizacji**  **(od... - do..) poszczególnych działań z kol. 1** | **Koszt kształcenia ustawicznego (w zł)** | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
| **Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracownika/Pracodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Koszt kształcenia ustawicznego przypadający na Osobę, finansowany ze środków KFS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego pracownika / Pracodawcy*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika zadań zawodowych | | | | | | * + 1. *wykaz kluczowych kompetencji uzyskanych w ramach planowanego kształcenia ustawicznego (*dotyczących wiedzy / umiejętności / uprawnień / kwalifikacji) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osoby **(**Plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy,  a w przypadku objęcia wsparciem pracodawcy – informacja na temat planów co do działalności firmy w przyszłości. | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Obecne lub przyszłe potrzeby pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego,   **(uzasadnienie w jaki sposób zostaną wykorzystane kompetencje zawodowe nabyte w trakcie kształcenia ustawicznego)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy,   **(uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przez uczestnika przy uwzględnieniu zgodności kompetencji nabywanych przez pracodawcę/ pracownika)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2024 rok priorytetami wydatkowania środków KFS określonymi przez MRiPS,   **(uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu priorytetu wydatkowania środków rezerwy KFS na 2024 r.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Osoba nr 3** (zaznaczyć właściwe) pracownik  pracodawca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA/PRACODAWCY PLANOWANEGO DO OBJĘCIA WSPARCIEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zajmowane stanowisko w przypadku pracownika | **Wiek** | | | | **Poziom wykształcenia** | | | | | | | **Płeć** | | | **Miejsce wykonywania pracy** | **Korzystał**  **ze środków KFS**  **w 2024 r.** | Podstawa zatrudnienia wg kodeksu pracy oraz okres zatrudnienia | | Priorytet wydatkowania środków KFS (litera odpowiednio od A do D) w przypadku kształcenia realizowanego w zawodzie deficytowym należy wpisać dodatkowo 6 cyfrowy kod zawodu dotyczącego kierunku kształcenia (nie stanowiska pracy) |
| 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45 i więcej | gimnazjalne i poniżej | | zasadnicze zawodowe | średnie ogólnokształcące | średnie zaw. | policealne | wyższe | mężczyzna | kobieta | |  | TAK: w kwocie  …………………  NIE | umowa o pracę  powołanie  mianowanie  wybór  spółdzielcza umowa o pracę  od  do  PRACODAWCA | | A  B  C  D    **Zaznaczyć i dołączyć właściwy załącznik**  Kod zawodu deficytowego |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
| **SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PLANOWANYCH DLA PRACOWNIKA/PRACODAWCY DZIAŁAŃ Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego** | | | | | | | | | | | | | | **Forma kształcenia ustawicznego** | | | **Termin realizacji**  **(od... - do..) poszczególnych działań z kol. 1** | **Koszt kształcenia ustawicznego (w zł)** | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
| **Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracownika/Pracodawcy:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Koszt kształcenia ustawicznego przypadający na Osobę, finansowany ze środków KFS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego pracownika / Pracodawcy*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika zadań zawodowych | | | | | | * + 1. *wykaz kluczowych kompetencji uzyskanych w ramach planowanego kształcenia ustawicznego (*dotyczących wiedzy / umiejętności / uprawnień / kwalifikacji) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osoby **(**Plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy,  a w przypadku objęcia wsparciem pracodawcy – informacja na temat planów co do działalności firmy w przyszłości. | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Obecne lub przyszłe potrzeby pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego,   **(uzasadnienie w jaki sposób zostaną wykorzystane kompetencje zawodowe nabyte w trakcie kształcenia ustawicznego)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy,   **(uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przez uczestnika przy uwzględnieniu zgodności kompetencji nabywanych przez pracodawcę/ pracownika)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2024 rok priorytetami wydatkowania środków KFS określonymi przez MRiPS,   **(uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu priorytetu wydatkowania środków rezerwy KFS na 2024 r.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**IV. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW (należy sporządzić odrębnie dla każdego działania).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFERTA WYBRANA PRZEZ PRACODAWCĘ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | **Realizator usługi kształcenia ustawicznego** | **NAZWA REALIZATORA KSZTAŁCENIA** | | | | | | | | | | | | |
| …………. | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES SIEDZIBY REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | | | | | | | | | | | | |
| ………………… | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | **Rodzaj oraz nazwa kształcenia ustawicznego** | **kurs/szkolenie**  **studia podyplomowe**  **egzamin**  **badania**  **ubezpieczenie NNW** | | | | **PEŁNA NAZWA/ZAKRES ZAPLANOWANEGO DZIAŁANIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:** | | | | | | | | |
| ……………………… | | | | | | | | |
| **3.** | **3.1. Termin realizacji danego działania** | **3.2. Miejsce realizacji kształcenia** | | | | | | **3.3. Tryb realizacji kształcenia ustawicznego** | | | | | | |
| od ……………....  do .……………... | ………………. | | | | | | Zajęcia teoretyczne:  on-line  stacjonarne  (właściwe zaznaczyć) | | | | | Zajęcia praktyczne:  on-line  stacjonarne  (właściwe zaznaczyć) | |
| **4.** | **4.1. Liczba osób która zostanie objęta przez pracodawcę kształceniem ustawicznym:** | **4.2. Liczba godzin kształcenia ustawicznego przypadająca na jednego uczestnika:**  (nie dot. badań i NNW) | | **4.3. Cena usługi kształcenia ustawicznego w przeliczeniu na jednego uczestnika:** (cena usługibez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem) | **4.4. Cena usługi kształcenia ustawicznego ogółem w zł** | | | | | | | | | |
| **1** | | | | | **2** | | | | |
| **NETTO** | | | | | **BRUTTO (jeżeli dotyczy)** | | | | |
|  |  | |  |  | | | | |  | | | | |
| **5.** | **Realizator usługi kształcenia ustawicznego posiada certyfikaty jakości oferowanych usług?** | **TAK**  **NIE** | | W przypadku odpowiedzi „tak” proszę podać nazwę certyfikatu/ów (**kopie certyfikatu/ów należy załączyć do wniosku**):  Lista certyfikatów jakości dotycząca wiarygodności standardu świadczonych usług znajduje się na stronie PARP - https://serwis-uslugirozwojowe.parp.gov.pl/informacje-o-bazie-uslug-rozwojowych#certyfikaty , i jest na bieżąco aktualizowana. | | | | | | | | | | |
| Nazwa certyfikatu/ów: ……………………………… | | | | | | | | | | | | |
| **6.** | **Dokument uprawniający do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego**  (dotyczy wyłącznie kursów) | **wpis do Rejestru Szkół i Placówek Niepublicznych (RSPO)** | | | | **CEiDG** | | | | | **KRS** | | | |
| **Nr RSPO:…………………..**  (weryfikacja: <https://rspo.men.gov.pl/> | | | | **Nr NIP:……………………………** | | | | | **Nr KRS:…………………………..** | | | |
| Kod PKD firmy szkoleniowej obejmujący sekcję edukacja:  ………………………………. | | | | | Kod PKD firmy szkoleniowej obejmujący sekcję edukacja:  ……………………… | | | |
| **7.** | **Dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego, wystawiony przez realizatora usługi** dotyczy wyłącznie kursów, studiów podyplomowych, egzaminów) | **Nazwa dokumentu:  certyfikat  dyplom  zaświadczenie  świadectwo  inne, jakie**: | | | | | | | | | | | | |
| Podstawa prawna jego wydania (należy określić publikator np. dziennik ustaw, rozporządzenie, jak również rocznik jego wydania oraz nr / poz. ):  TAK:  NIE  Uwagi:  **należy dołączyć wzór dokumentu** potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących. | | | | | | | | | | | | |
| **8.** | **Porównanie ceny kształcenia ustawicznego z ceną podobnych usług oferowanych na rynku 3** |  | **Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | | | | **Nazwa, adres siedziby realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego przypadająca na 1 uczestnika w zł** | | | **Cena usługi kształcenia ustawicznego  w przeliczeniu na 1 uczestnika w zł** | | **Cena usługi kształcenia ustawicznego ogółem w zł** |
| **Oferta I** |  | | | |  | |  | | |  | |  |
| **Oferta II** |  | | | |  | |  | | |  | |  |
| **9.** | **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS.** |  | | | | | | | | | | | | |
| **10.** | **Wypełnić wyłącznie w przypadku ubiegania się o sfinansowanie badania potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Opis działań dotyczących określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego.** |  | | | | | | | | | | | | |

***3 Oświadczam/y, że dokonałem(am)(liśmy) rozeznania ceny usługi kształcenia ustawicznego w przedmiotowym zakresie.*** Oferta wybrana do realizacji kształcenia jest konkurencyjna w stosunku do ofert podobnych usług dostępnych na rynku.

***Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam/y wskazanymi powyżej ofertami⁎,* które zobowiązuje/my się udostępnić na każde żądanie Urzędu oraz przechowywać przez okres wynikający z Umowy.**

**Wprzypadku braku dostępności podobnych usług oferowanych na rynku lub mniejszej ilości realizatorów kształcenia ustawicznego należy wskazać z czego wynika ww. brak *(nie dotyczy:*** *studiów podyplomowych oraz*  egzaminów, których zakres i cena regulowane są odrębnymi przepisami)***.***

…………………………………………………………………………..

(Data i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej)

|  |
| --- |
| **Oświadczenia i zobowiązania Pracodawcy** |

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem(am)/aliśmy się z **Zasadami przyznawania Pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) przez Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej w 2024 roku** i zobowiązuję się do przestrzegania ich przepisów.
2. Wszyscy pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym **są / nie są\*** zatrudnieni na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą**.**
3. Wnioskodawca na dzień złożenia wniosku spełnia definicjepracodawcy.
4. Utrzymam(y) zatrudnienie pracownika/ów, którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne finansowane ze środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego, co najmniej przez okres realizacji kształcenia ustawicznego.
5. **Ubiegam(y) się / nie ubiegam(y)\*** się o środki na kształcenie pracodawcy / pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
6. W latach ubiegłych **otrzymałem(am)(liśmy) / nie otrzymałem(am)(liśmy)\*** środków na kształcenie ustawiczne pracowników i (lub) pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
7. **Nie ubiegam się** o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego dla pracowników nie świadczących pracy tj. przebywających na urlopie macierzyńskim, ojcowskim, wychowawczym, bezpłatnym, a także dla osoby współpracującej oraz dla osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych.
8. **Jestem(eśmy) / nie jestem(eśmy)\*** powiązany/i osobowo lub kapitałowo z realizatorem(ami) usług kształcenia ustawicznego.
9. Koszt kształcenia ustawicznego **nie zawiera** kosztów przejazdów, zakwaterowania i wyżywienia.
10. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Kolbuszowej zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
11. **Przyznanie środków** z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art. 69 b ust.1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
12. **Otrzymałem(am)(liśmy)** / **nie otrzymałem(am)(liśmy)/ nie dotyczy/\*** decyzję/i Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

***W przypadku otrzymania decyzji należy dołączyć kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem przez Pracodawcę.***

1. **Zobowiązuje(my) się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy za okres od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze Starostą.
2. **Przyjmuję** do wiadomości, że Dyrektorowi Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej (lub upoważnionemu przez niego pracownikowi) przysługuje prawo do kontroli wiarygodności danych zawartych we wniosku, a w przypadku podania nieprawdziwych informacji Dyrektorowi Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej służy prawo odmowy udzielenia pomocy.
3. **Zobowiązuję(my) się** do przedłożenia niezbędnych dokumentów oraz umożliwienia przeprowadzenia kontroli w miejscu prowadzonej działalności i miejscu kształcenia ustawicznego.
4. **Zapoznałem(am)(liśmy)** się z klauzulą informacyjną o ochronie danych osobowych dostępną na stronie internetowej Urzędu – [kolbuszowa.praca.gov.pl](http://www.kolbuszowa.praca.gov.pl) w zakładce druki do pobrania Krajowy Fundusz Szkoleniowy**.**
5. Wypełniłem(am) liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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 rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w związku z ubieganiem się o środki w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS).
6. **Wyrażam(amy) / nie wyrażam(amy)\*** zgodę(y) na przesyłanie korespondencji związanej z realizacją wniosku i zawartej umowy drogą elektroniczną oraz kontaktowanie się w tych sprawach telefonicznie, jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego potwierdzania otrzymywanej drogą elektroniczną korespondencji na wskazany we wniosku adres e-mail.

Jednocześnie oświadczam(my), że wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku, złożone oświadczenia oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam(my) własnoręcznym(mi) podpisem(ami).

\*wykreślić niewłaściwe

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

(podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**Załączniki do wniosku:**

1. **Formularz informacji przedstawianych** przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 40) lub Formularz informacji przedstawiany przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz.U. z 2010 r. Nr 121, poz. 810).
2. **Oświadczenie o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis - załącznik nr 1 do Wniosku.**
3. **Oświadczenie – załącznik nr 1a do Wniosku.**
4. **Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.**
5. **Program szkolenia lub studiów podyplomowych – przygotowany odrębnie dla każdej formy kształcenia ustawicznego – załącznik nr 2 do wniosku.**
6. **Zakres egzaminu wybranego realizatora usługi kształcenia ustawicznego - w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztu egzaminu. Zakres należy przygotować odrębnie dla każdego egzaminu – załącznik nr 3 do wniosku.**
7. **Zaświadczenie instytucji przeprowadzającej badania (w przypadku wyboru tej formy kształcenia ustawicznego), które zawiera m.in.:**
8. *Nazwę i adres instytucji przeprowadzającej badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia, numer NIP;*
9. *Formę i nazwę planowanego kształcenia do podjęcia którego niezbędne jest orzeczenie lekarskie i /lub psychologiczne;*
10. *Certyfikaty jakości oferowanych usług (jeśli posiada wymienić i dołączyć kserokopii potwierdzone za zgodność z oryginałem);*
11. *Termin badań;*
12. *Koszt badań na 1 uczestnika;*
13. *Termin płatności.*

**Zaświadczenie należy przygotować odrębnie dla każdego badania.**

1. **Zaświadczenie ubezpieczyciela, który zawiera m.in.:**
2. *Nazwę i adres ubezpieczyciela, numer NIP;*
3. *Formę i nazwę planowanego kształcenia którego uczestnik będzie podlegał ubezpieczeniu;*
4. *Certyfikaty jakości usług (jeśli posiada wymienić i dołączyć kserokopii potwierdzone za zgodność z oryginałem);*
5. *Okres ubezpieczenia;*
6. *Koszt na 1 uczestnika;*
7. *Termin płatności.*
8. **Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.**
9. **Kserokopie dokumentów potwierdzających upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. powołanie, mianowanie, pełnomocnictwo.**
10. **Kserokopie umów spółek, które nie podlegają wpisowi do KRS.**
11. **Oświadczenie - zobowiązanie pracodawcy do zawarcia kolejnej umowy o pracę z pracownikiem/ami kierowanym/mi na kształcenie ustawiczne, którego/ych termin umowy o pracę kończy się przed dniem rozpoczęcia kształcenia ustawicznego.**
12. **Pracodawcy będący rolnikami lub prowadzącymi działy specjalne produkcji rolnej winni przedłożyć, jeżeli ich dotyczy odpowiednio:**
13. zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Urzędu Miasta o wielkości powierzchni gospodarstwa rolnego, w tym w ha przeliczeniowych,
14. nakaz płatniczy za ostatni rok podatkowy, inny dokument potwierdzający prawo własności gospodarstwa,
15. zaświadczenie z KRUS o podleganiu i niezaleganiu w płatnościach ubezpieczenia społecznego rolników,
16. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o prowadzeniu działów specjalnych produkcji rolnej,
17. oświadczenie o prowadzeniu osobiście i na własny rachunek działalności w zakresie produkcji rolnej lub zwierzęcej w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe.

**UWAGA!**

Wszystkie dokumenty składane w kserokopii powinny zawierać klauzulę **„za zgodność z oryginałem”** umieszczoną na **każdej stronie dokumentu wraz z datą i pieczątką imienną osoby** składającej podpis lub czytelnym podpisem osób uprawnionych do potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem.

**Załączniki potwierdzające spełnienie wskazanego priorytetu:**

**Załącznik 4** - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 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 prowadzonym przez MRPiPS).

**Załącznik 5** - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr B (wsparcie kształcenia ustawicznego osób   
z orzeczonym stopniem niepełnosprawności).

**Załącznik 6 -** Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr C (wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej).

**Załącznik 7** - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr D (wsparcie kształcenia ustawicznego   
w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju).