**…………………………………………………. Sucha Beskidzka, dn. 08.02.2019 r.**

**Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Suchej Beskidzkiej**

**WNIOSEK PRACODAWCY**

 **o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

 **na finansowanie lub współfinansowanie**

**działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**Podstawa prawna:**

* art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm.),
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1808),
* rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ( Dz. U. z 2016 poz. 2155),
* 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, str. 1),
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9).
* ustawy z dnia 06 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646 z późn. zm.).

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I – wypełnia Wnioskodawca** |
| * 1. **DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY**
 |
| 1.1 Pełna nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy |  |
| 1.2 Miejsce prowadzenia działalności |  |
| 1.3 Forma prawna działalności |  |
| 1.3.1 Czy działalność prowadzona jest dłużej niż 3 m-ce | TAK NIE  |
| 1.4 Telefon |  |
| 1.5 Adres strony www |  |
| 1.6 Numer identyfikacyjny REGON |  |
| 1.7 Numer identyfikacji podatkowej NIP |  |
| 1.8 Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej |  |
| 1.9 Numer działalności gospodarczej według PKD (przeważającej) |  |
| 1.10 Wielkość przedsiębiorstwa *(jeśli dotyczy)*1) Mikro przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: a) zatrudniają średniorocznie mniej niż 10 pracowników, oraz b) spełniają jeden z następujących warunków: - roczne obroty nie przekraczają 2 milionów EURO\*\*, lub - roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO\*\*, 2) Małe przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które : a) zatrudniają średniorocznie mniej niż 50 pracowników, oraz b) spełniają jeden z następujących warunków: - roczne obroty nie przekraczają 10 milionów EURO\*\*, lub - roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO\*\*, 3) Średnie przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które : a) zatrudniają średniorocznie mniej niż 250 pracowników, oraz b) spełniają jeden z następujących warunków: - roczne obroty nie przekraczają 50 milionów EURO netto, lub - roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO\*\*.\*\* nettoWyrażone w euro wielkości, o których mowa powyżej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy. Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty. Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, 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.**UWAGA:** określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych | * mikro
* małe
* średnie
* inne
* nie dotyczy
 |
| 1.11 Liczba zatrudnionych pracowników Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 kodeksu pracy)  |  |
| 1.12 Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy / stanowisko |  |
| * 1. **OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY**
 |
| 2.1 Imię i nazwisko |  |
| 2.2 Telefon |  |
| 2.3 Fax |  |
| 2.4 Email |  |
| * 1. **POZOSTAŁE INFORMACJE**
 |
| 3.1 Przewidywana data zakończenia realizacji umowy(data zakończenia ostatniej formy wsparcia + 30 dni) |  |
| 3.2 **Wnioskowana wysokość środków z KFS\***\* Pracodawca może wnioskować o środki z KFS w wysokości:**80% kosztów kształcenia ustawicznego,** nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (pracodawca w ramach wkładu własnego pokrywa 20% kosztów kształcenia ustawicznego)**100%** **kosztów kształcenia ustawicznego w przypadku mikroprzedsiębiorstw,** nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika. |  |
| 3.3 Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę |  |
| 3.4. Całkowita wysokość wydatków (Suma 3.2 i 3.3) |  |
| 3.4.1 Średni koszt na osobę (iloraz 3.4/3.6) |  |
| 3.5 Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 3.6 Łączna liczba osób objętych wsparciem (pracodawca wraz z pracownikami) | **ogółem** | **w tym** |
| **wg grup wiekowych** | **ogółem** | **w tym kobiety** |
| 15 – 24 |  |  |
| 25 - 34 |  |  |
| 35 - 44 |  |  |
| 45 i więcej |  |  |
| 3.7 Liczba osób planowanych do objęcia kształceniem ustawicznym zgodnie z ustalonymi przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej priorytetami | **Ogółem** | ***w tym:*** |
| **Pracodawca** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety***  |
|  **W ramach Priorytet I** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet II** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet IV** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet V** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet VI** |  |  |  |  |

* 1. **Działania do realizacji ze środków KFS wskazane przez pracodawcę na rzecz kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie działań** | **Liczba osób uczestniczących w kształceniu ustawicznym** | **Liczba osób objętych działaniem według wymaganej grupy wiekowej** | **planowany termin realizacji od-do** /*należy podać miesiąc i rok*/ | **Planowane do poniesienia koszty\*** |
| Ogółem | w tym pracodawcy | w tym pracownicy | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 lat i więcej** | Krajowy Fundusz Szkoleniowy | Wkład własny pracodawcy | Ogółem |
| 1. | **Kursy\*\* (*należy podać nazwę szkolenia i planowaną liczbę osób*)**  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Studia podyplomowe\*\* (*należy podać kierunek studiów podyplomowych i planowaną liczbę osób*)**  |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych (*należy podać nazwę egzaminu i planowaną liczbę osób*)** |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **RAZEM** |  |  |  |
| **7. Dotychczasowa współpraca z PUP:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………/należy opisać usługi i instrumenty rynku pracy z których Pracodawca korzystał w ostatnich 12 miesiącach, np.: nr umowy stażowej, prac interwencyjnych, ref. ZUS, prac społecznie – użytecznych, ref. –30. |

**4.1 Charakterystyka uczestników kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KANDYDAT NR …………………****/IMIĘ I NAZWISKO ………………….** | **Dane dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym**  | **Planowane do poniesienia koszty w poszczególnych działaniach** |
| pracodawca | pracownik | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | rodzaj umowy o pracę\*\* oraz wymiar etatu (np. 1/1, ½ itp.) | okres zatrudnienia (od…. do…) | zajmowane stanowisko | wykształcenie  | **Ogółem** | **w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy** | **w tym wkład własny pracodawcy** |
| K | M | K | M |
| **Wyszczególnienie działań****(dla 1 osoby)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| **1.1 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**Nazwa kursu …………………………………………………………………………………………………………………………………..Planowany termin realizacji ……………………………….………………………………………………………………Liczba godzin szkolenia: ……………………. Koszt szkolenia 1 osobogodziny : ………………………………. | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Koszt kursu: |  |  |  |
| **1.2 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**Nazwa kursu …………………………………………………………………………………………………………………..Planowany termin realizacji …………………………………………………………………………………………………Liczba godzin szkolenia: ……………………. Koszt szkolenia 1 osobogodziny : …………………………………. | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji…….………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Koszt kursu: |  |  |  |
| **1.3 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**Nazwa kursu …………………………………………………………………………………………………………………Planowany termin realizacji ………………………………………………………………………………………………Liczba godzin szkolenia: ……………………. Koszt szkolenia 1 osobogodziny : …………………………….. | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Koszt kursu: |  |  |  |
| **1.4 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**Nazwa kursu ………………………………………………………………………………………………………………Planowany termin realizacji …………………………………………………………………………………………….Liczba godzin szkolenia: ……………………. Koszt szkolenia 1 osobogodziny : …………………………… | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Koszt kursu: |  |  |  |
| **2.1 Studia podyplomowe do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą**Nazwa studiów podyplomowych ……………………………………………………………………………………….Planowany termin realizacji …………………………….……… ……………………………………………………Liczba godzin: …………………….  | Nazwa i siedziba organizatora, miejsce realizacji …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Koszt studiów podyplomowych: |  |  |  |
| **3.1 Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:**Nazwa egzaminu….………………………………………………………………………………………………………………Planowany termin realizacji ………………………………………..…………………………………………………………. | Nazwa i siedziba instytucji egzaminującej, miejsce realizacji ………………………………………………………………………………… |
| Koszt egzaminu: |  |  |  |
| **4.1 Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu**Termin realizacji…………………………………………………………………………………………………………………… | Nazwa i siedziba instytucji przeprowadzającej badania ………………………………………………………………………………… |
| Koszt badań: |  |  |  |
| **5.1 Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem**Termin realizacji …………….………………………………………………………………………………………………………… | Nazwa i siedziba ubezpieczyciela ………………………………………………………………………………… |
| Koszt ubezpieczenia: |  |  |  |
| 6.1  **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 1****Oświadczam**, że planuję objąć osobę delegowaną kształceniem ustawicznym odpowiadającemu zawodowi, który jest wpisany **na listę zawodów deficytowych** w województwie małopolskim lub w powiecie suskim(lista zawodów deficytowych znajduje się na stronie [www.baromertzawodow.pl](http://www.baromertzawodow.pl)) **□ TAK □ NIE**Jeśli tak, to jakiego zawodu dotyczy kształcenie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **6.2 Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 2****Oświadczam,** że pracownik nie posiada egzaminu maturalnego **□ TAK □ NIE** |
| **6.3 Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 3****Oświadczam,** że pracownik należy do uprawnionej grupy pracowników zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, o których mowa w „Materiałach dla pracodawców” stanowiących zał. nr 2 do „Zasad przyznawania środków z KFS w 2019r**.” □ TAK □ NIE** |
| **6.4 Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 4**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej**Oświadczam,** że osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym może udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i nie przysługuje jej prawo do emerytury pomostowej (ustawa z dnia 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych Dz. U. 2015 poz. 965) **□ TAK □ NIE** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 5****Oświadczam,** że przekwalifikowanie bądź nabycie nowych uprawnień czy umiejętności pozwoli na pozostanie nauczyciela w dotychczasowym zawodzie **□ TAK □ NIE** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 6****Oświadczam,** że w momencie składania wniosku w/w osoba jest w wieku powyżej 45 roku życia **□ TAK □ NIE** |
| **7. Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym korzystała z kształcenia ustawicznego z KFS w bieżącym lub poprzednim roku?**  | **□ TAK** (*jeśli tak, proszę napisać informację na temat terminu, formy kształcenia ustawicznego, tematyki oraz wysokości wsparcia*) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **□ NIE** |
| **8.1 Uzasadnienie do każdej z wymienionych form wsparcia potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego**(krótki opis uzasadniający skierowanie pracownika/pracodawcy na kształcenie ustawiczne) | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **8.2 Uzasadnienie wyboru instytucji** **do każdej z wymienionych form wsparcia**(opis uzasadniający wybór instytucji szkoleniowej, firmy ubezpieczeniowej, placówki medycyny pracy itp.) | 1. Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego: ………..…………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………1. Czy realizator usługi kształcenia ustawicznego posiada **certyfikaty** jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (np. *certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości.*?:

 □ TAK □ NIE Jeśli TAK, wpisać jakie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..1. Czy realizator usługi kształcenia ustawicznego **posiada dokument**, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego?

□ TAK □ NIEProszę podać publiczny rejestr w którym się znajduje. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………../ Jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych należy dokument **załączyć do wniosku**. / a/ Opis uzasadniający wybór instytucji szkoleniowej, firmy ubezpieczeniowej, placówki medycyny pracy /\* : ………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..b/ Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne (opis dla każdego kursu, porównanie ceny za **osobogodzinę**);…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **8.3 Informacje o planach** dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, które będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**\*UWAGA:** Tabelę 4.1 należy wypełnić **dla każdego** uczestnika.

**4.2.Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego -** pracodawca wypełnia **tylko w przypadku gdy** uzasadniona jest konieczność określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Planowany termin realizacji:** ………………………………………………………………………………………… | Nazwa i adres instytucji określającej potrzeby pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Planowane do poniesienia koszty na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: |
| **Ogółem** | **w tym Krajowy Fundusz****Szkoleniowy** | **w tym** w**kład****własny pracodawcy** |
|  |  |  |
| Koszt przypadający na 1 uczestnika ( Koszt ogółem na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego dzielony przez liczbę osób uwzględnionych przy badaniu potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: …………………………………………………………………………………………………….. | Koszt KFS przypadający na 1 uczestnika ( koszt KFS na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: dzielony liczbę osób uwzględnionych przy badaniu potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………….. | Koszt wkładu własnego przypadający na 1 uczestnika ( koszt wkładu własnego pracodawcy na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego dzielony przez liczbę osób uwzględnionych przy badaniu potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………….. |
| **2. Uzasadnienie konieczności określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego** | Opis uzasadniający konieczność określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:  |
| **3.Uzasadnienie wyboru instytucji**  | Opis uzasadniający wybór instytucji do określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: |
| **4**. **Uzasadnienie ceny**  | Porównanie ceny z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne: |

**4.2.Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego - pracodawca wypełnia tylko w przypadku gdy** uzasadniona jest konieczność określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego

**5. UZASADNIENIE:**

(opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego wraz ze wskazaniem obszarów szkoleniowych oraz kierunkiem rozwoju zakładu pracy)

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

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

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

**Załączniki:**

Załącznik nr 1 - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

Załącznik nr 2 - Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy *de minimis* otrzymanej w ciągu danego roku w roku w którym

 Wnioskodawca ubiega się o pomoc , oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenie o nie –

 otrzymaniu pomocy w tym okresie.

Załącznik nr 3 - Oświadczenie Wnioskodawcy.

Załącznik nr 4 – Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

**Ponadto Pracodawca zobowiązany jest dołączyć następujące dokumenty:**

1. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, np. kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności – w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa;
2. Program kształcenia ustawicznego (kurs, studia podyplomowe) lub zakres egzaminu. W przypadku gdy pracodawca wnioskuje o kilka różnych kursów lub różnych kierunków studiów podyplomowych lub egzaminów należy dołączyć programy kształcenia dla każdego kursu lub kierunku studiów podyplomowych lub zakres dla każdego egzaminu.
3. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, w przypadku jego ustanowienia, jeśli nie wynika ono bezpośrednio z dokumentów.
5. Dokument na podstawie którego wybrany realizator usługi prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego – jeśli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.

**UWAGA!**

Wniosek pozostawia się bez rozpoznania o czym informuje się pracodawcę na piśmie, w przypadku:

* + - * 1. niedołączenia do wniosku wymaganych załączników lub niepoprawienia wniosku we wskazanym przez Urząd terminie.

Zapoznałem/łam się z obowiązującymi „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w 2019r.” i przepisami regulującymi zasady udzielania pomocy de minimis i jestem świadomy/a uprawnień i obowiązków z nich wynikających.

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

 (Miejscowość, data) (Czytelny podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej)

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II – wypełnia Powiatowy Urząd Pracy** |
| 1. **ROZPATRZENIE WNIOSKU**
 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6.1 jakiego priorytetu aplikuje Wnioskodawca? / wstawić znak X w odpowiednim miejscu/ | 1. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych |  |
| 2. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup, o których mowa w art. 4 ust 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej
 |  |
| 1. 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
 |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu
 |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia
 |  |

 |
| 6.2 Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym /data, podpis/ |  |
| 6.3 Wezwany do uzupełnienia /data, podpis/ |  |
| 6.4 Wpływ uzupełnienia |  |
| 6.5 Rozpatrzony pozytywnie/data, podpis |  |
| 6.6 Rozpatrzony negatywnie /data, podpis, uzasadnienie odrzucenia wniosku |  |
| 6.7 Decyzja Dyrektora powiatowego urzędu pracy; | Przyznano środki na kształcenie ustawiczne z KFS dla: ….......................................................................................………………………………………………………………………………………………………………...........…………….……………………………………………………… *(Nazwa Pracodawcy)*w wysokości: …………………….zł. (słownie: ..………………………………………………………...................………………….........................................................…......................................) |

………………………………… ………………………………….

 Miejscowość, data Pieczęć i podpis Dyrektora