***Druk wniosku obowiązujący w 2021 roku***

* Wniosek numer: …………………………..
* Korekta do wniosku numer………………..

**…………………………………………………. Sucha Beskidzka, dn.** …………………………………….

**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 2020 r., poz. 1409),
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 708),
* rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej Z DNIA 14 MAJA 2014R. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ( tj.Dz. U. z 2018 poz. 117),
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1 z późn.zm.),
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. U. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9 z późn.zm.).
* art.7.1 ustawy Prawo przedsiębiorców z dnia 06 marca 2018r. (tj. Dz. U. z 2019r.,poz. 1292 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 |  |
| 2.4 Email |  |
| * 1. **POZOSTAŁE INFORMACJE**
 |
| 3.1 Przewidywany termin zakończenia realizacji ostatniej formy wsparcia (miesiąc i rok) |  |
| 3.2 **Wnioskowana wysokość środków z KFS\*\*\*\* w zł**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 w zł |  |
| 3.4. Całkowita wysokość wydatków w zł (Suma 3.2 i 3.3)\*\*\*\* |  |
| 3.4.1 Średni koszt na osobę w zł (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** | **Pracodawca** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety*** |
| 15 – 24 |  |  |  |
| 25 – 34 |  |  |  |
| 35 – 44 |  |  |  |
| 45 i więcej |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |
| 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 1** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 2** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 3** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 4** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 5** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 6** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 7** |  |  |  |  |
|  **W ramach Priorytet 8** |  |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |  |
| **3.8 Określenie wysokości wydatków w podziale na priorytety** |  | ***Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł*** | ***Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę w zł*** | ***Całkowita wysokość wydatków zł*** |
| ***Priorytet 1*** |  |  |  |
| ***Priorytet 2*** |  |  |  |
| ***Priorytet 3*** |  |  |  |
| ***Priorytet 4*** |  |  |  |
| ***Priorytet 5*** |  |  |  |
| ***Priorytet 6*** |  |  |  |
| ***Priorytet 7*** |  |  |  |
| **Priorytet 8** |  |  |  |
| ***Razem*** *(łącznie w ramach priorytetów)* |  |  |  |

* 1. **Działania do realizacji ze środków KFS wskazane przez pracodawcę na rzecz kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników –**dopuszcza się finansowanie **nie więcej niż dwóch form kształcenia** dla jednego uczestnika

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie działań/ form kształcenia** | **Liczba osób uczestniczących w kształceniu ustawicznym** | **Liczba osób objętych działaniem według wymaganej grupy wiekowej** | **planowany termin realizacji od-do** /*należy podać miesiąc i rok-termin rozpoczęcia nie może być ustalony wcześniej niż* ***20.04.2021r****. i nie później niż w* ***XII 2021r****.*/ | **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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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. |

**4.2 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\*\*\*\*\*  | **Koszt ogółem** | **w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy** | **w tym wkład własny pracodawcy** |
| K | M | K | M |
| **Wyszczególnienie działań (max. 2 formy kształcenia 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: |  |  |  |
| **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: |  |  |  |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 1:**  **Wsparcie**  kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność**6.1 Czy na pracodawcę planującego objąć kształceniem ustawicznym osobę delegowaną, zostały w roku 2020 i/lub 2021 nałożone** ograniczenia, nakazy i zakazy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowione w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. Zm.)□ TAK □ NIE**Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 1 winien do wniosku dostarczyć oświadczenie** o konieczności nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku z rozszerzeniem/ przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy z powołaniem się na odpowiedni przepis. ( **załącznik nr 5A)** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 2:**  **Wsparcie**  kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby**6.2 Czy pracodawca planuje objąć kształceniem ustawicznym osobę delegowaną, która pracuje z chorymi na COVID-19 lub**  osobami należącymi do grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID takich jak osoby przewlekle chore, w podeszłym wieku, bezdomne itp.?□ TAK □ NIE**Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 2 winien do wniosku dostarczyć oświadczenie o konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności przez pracownika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym.(załącznik nr 5B)** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 3: Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych****6.3 Czy pracodawca planuje objąć osobę delegowaną kształceniem ustawicznym odpowiadającemu zawodowi, który jest wpisany na listę zawodów deficytowych w województwie Małopolskim lub w powiecie, w którym składany jest niniejszy wniosek? (lista zawodów deficytowych znajduje się na stronie** [**www.baromertzawodow.pl**](http://www.baromertzawodow.pl)**)** □ TAK □ NIE**Jeśli tak, to jakiego zawodu dotyczy kształcenie?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 4: Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia****6.4 Czy pracodawca planuje objąć kształceniem ustawicznym pracownika, który najpóźniej w dniu złożenia wniosku ukończył 45 rok życia?**□ TAK □ NIE |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 5:**  **Wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem** **6.5 Czy pracodawca planuje objąć kształceniem ustawicznym osobę delegowaną, która w ciągu roku od złożenia wniosku podjęła pracę po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem?** □ TAK □ NIE**Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 5 winien do wniosku dostarczyć oświadczenie o tym, że pracownik planowany do objęcia kształceniem ustawicznym powrócił na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem (załącznik nr 5C)** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 6: Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych****6.6 Czy pracodawca w ciągu roku przed złożeniem wniosku bądź 3 miesiące po jego złożeniu zakupił /zakupi nowe maszyny/narzędzia, wdrożył/wdroży nowe technologie/systemy i/lub narzędzia cyfrowe?** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Czy pracownik objęty kształceniem ustawicznym będzie wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 6 winien do wniosku dostarczyć wiarygodny dokument (np. kopia dokumentu zakupu, decyzji dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO, itp), oraz logiczne i wiarygodne uzasadnienie. (załącznik nr 5D)** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 7:**  **Wsparcie**  **kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości****6.7 Czy pracodawca planuje objąć kształceniem ustawicznym osobę delegowaną, która nie posiada świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości?** □ TAK □ NIE**Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 7 winien do wniosku dostarczyć oświadczenie o tym, że pracownik planowany do objęcia kształceniem ustawicznym nie posiada świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości (załącznik nr 5E)** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 8: Wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego****6.8 Czy pracodawca planuje objąć kształceniem ustawicznym instruktora praktycznej nauki zawodu, osobę mającą zamiar podjąć się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego?**□ 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 proszę uzupełnić oddzielnie !**(opis uzasadniający wybór instytucji szkoleniowej, firmy ubezpieczeniowej, placówki medycyny pracy itp.) | 1. Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego (zgodnie z załącznikiem do wniosku nr 4) / firmy ubezpieczeniowej / placówki medycyny pracy\*\*\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………a/ Opis uzasadniający wybór w/w realizatora usługi kształcenia ustawicznego / firmy ubezpieczeniowej/ placówki medycyny pracy / :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..b/ Cena usługi kształcenia ustawicznego/badań/ubezpieczenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne (wymagany opis dla każdego kursu, porównanie ceny za **osobogodzinę**);…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego (zgodnie z załącznikiem do wniosku nr 4) / firmy ubezpieczeniowej / placówki medycyny pracy\*\*\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………a/ Opis uzasadniający wybór w/w realizatora usługi kształcenia ustawicznego / firmy ubezpieczeniowej/ placówki medycyny pracy / :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..b/ Cena usługi kształcenia ustawicznego/badań/ubezpieczenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne (wymagany opis dla każdego kursu, porównanie ceny za **osobogodzinę**);…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **8.3 Informacje o planach** dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

**UWAGA: \*** Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego nie obejmujekosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz kosztów delegacji.

**\*\***Tabelę 4.2 należy wypełnić **dla każdego** uczestnika oddzielnie. Jeżeli kierowana osoba bierze udział w kilku formach wsparcia (dopuszcza się możliwość finansowania **nie więcej niż dwóch form kształcenia** dla jednego uczestnika, należy wypełnić zduplikowane wiersze

\*\*\*należy wybrać właściwe i wypełnić dla każdej instytucji wybranej do realizowania usług oddzielnie

**\*\*\*\*Środki KFS 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**

**\*\*\*\*\*** Poziom wykształcenia w przypadku wykształcenia średniego należy wpisać czy jest to wykształcenie: średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe czy pomaturalne/policealne.

**4.3 Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego - pracodawca wypełnia tylko w przypadku,** gdy stara się o dofinansowanie w ramach KFS formy pomocy pod nazwą: „ określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego „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: |

**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 - Program szkolenia/studiów podyplomowych/zakres egzaminu w ramach KFS. W przypadku gdy pracodawca wnioskuje o kilka różnych kursów lub różnych kierunków studiów podyplomowych lub egzaminów należy dołączyć programy kształcenia oddzielnie dla każdego kursu lub kierunku studiów podyplomowych lub zakres dla każdego egzaminu.

Załącznik nr 5A - Oświadczenie o konieczności nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku z rozszerzeniem/ przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy (składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 1).

Załącznik nr 5B - Oświadczenie o konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności przez pracownika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym (składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 2).

Załącznik nr 5C - Oświadczenie dot. pracownika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym powracającym na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem (składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 5).

Załącznik nr 5D – Oświadczenie dot. wsparcia kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmie nowych technologii i narzędzi pracy (składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 6).

Załącznik nr 5E - Oświadczenie dot. pracownika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym o tym, że nie posiada świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości (składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 7).

Załącznik nr 6 - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wszystkich wskazanych we wniosku uczestników kształcenia

 ustawicznego.

**Pracodawca wraz z wnioskiem składa do PUP:**

1. Wniosek wraz z załącznikami w/w od 1 do 6 oraz
2. Kopię 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;
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. niepoprawienia wniosku we wskazanym przez Urząd terminie lub
				2. niedołączenia do wniosku wymaganych załączników

Zapoznałem/łam się z obowiązującymi „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w 2021r.” 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 osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność |  |
| 2. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby |  |
| 3. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych |  |
| 4. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia |  |
| 5. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem |  |
| 6. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych |  |
| 7. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości |  |
| 8. wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego |  |

 |
| 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