***Druk wniosku obowiązujący w 2023 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 REZERWY 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 2022 r., poz. 691),
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 743),
* 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. U.UE.L. z 2013r. Nr 352, 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 z 2013r. Nr 352, str. 9 z późn.zm.).
* art.7 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018r. (tj. Dz. U. z 2021r., poz. 162 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 *(W przypadku braku wpisu do KRS lub CEiDG należy dołączyć dokument potwierdzający prawną formę prowadzenia działalności gospodarczej np. umowa spółki cywilnej, statut w przypadku stowarzyszeń, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).* |  |
| 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)\*\*\*\* |  |
| 3.5 Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy |

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

 |
| 3.6 Łączna liczba osób objętych wsparciem (pracodawca wraz z pracownikami) | **w tym:** |
| **w tym:** | **wg grup wiekowych:** | **Pracodawca** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety******(pracownicy)*** |
| 15 – 24 |  |  |  |
| 25 – 34 |  |  |  |
| 35 – 44 |  |  |  |
| 45 i więcej |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |
| **Według wykształcenia:** | **Pracodawca** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety*** ***(pracownicy)*** |
| gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| średnie LO |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |
| 3.7 Liczba osób planowanych do objęcia kształceniem ustawicznym realizowanym przez pracodawcę w oparciu o priorytety rezerwy przyjęte przez Radę Rynku Pracy na 2023 rok | ***w tym:*** |
| **Pracodawca** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety*** ***(pracownicy)*** |
|  **W ramach Priorytetu RRP/1** - Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze prowadzonych przez MRiPS |  |  |  |
|  **W ramach Priorytetu RRP/2** - Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu RRP/3** - Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu suskiego wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu RRP/4 -** Wsparcie kształcenia ustawicznego 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 |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu RRP/5 -** 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 |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 później niż w* ***XII 2023r****.*) | **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 (rezerwa) | 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** |  |  |  |

**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 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 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 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 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 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 tzw. Rezerwy KFS Priorytet RRP/1:** Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liscie/ rejstrze prowadzonych przez MRiPS6.1: Czy osoba delegowana na kształcenie ustawiczne jest pracownikiem jednej z w/w instytucji w dniu złożenia wniosku? □ TAK □ NIE**W przypadku zaznaczenia niniejszego priorytetu należy wypełnić załącznik nr 5A do wniosku** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach tzw. Rezerwy KFS Priorytet RRP/2:**  Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności6.2 Czy pracodawca planuje objąć kształceniem ustawicznym pracowników z orzeczonym stopniem niepełnosprawności?□ TAK □ NIE**Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu RRP/2 rezerwy winien do wniosku dostarczyć oświadczenie o posiadaniu przez pracownika orzeczenia o niepełnosprawności****W przypadku zaznaczenia niniejszego priorytetu należy wypełnić załącznik nr 5B do wniosku** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach tzw. Rezerwy KFS Priorytet RRP/3:**  Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu suskiego wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju6.3 Czy wskazane kierunki kształcenia ustawicznego są ściśle związane z obszarami/branżami kluczowymi dla rozwoju powiatu suskiego wskazanymi w dokumentach strategicznych/planach rozwoju?  □ TAK □ NIE**W przypadku zaznaczenia niniejszego priorytetu należy wypełnić załącznik nr 5C do wniosku** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach tzw. Rezerwy KFS Priorytet RRP/4:** Wsparcie kształcenia ustawicznego 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 zawodowego6.4 Czy osoba planowana do objęcia wsparciem w ramach działań finansowanych z rezerwy KFS wskazanych w niniejszym wniosku:- ma powierzone obowiązki instruktora praktycznej nauki zawodu lub,- deklaruje chęć podjęcia się takiego zajęcia lub,- ma powierzone obowiązki opiekuna praktyk zawodowych lub opiekuna stażu uczniowskiego albo, - jest nauczycielem kształcenia zawodowego w zakresie teoretycznych przedmiotów zawodowych lub praktycznej nauki zawodu.  □ TAK □ NIE**W przypadku zaznaczenia niniejszego priorytetu należy wypełnić załącznik nr 5D do wniosku** |
| **Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach tzw. Rezerwy KFS Priorytet RRP/5:** 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 pomostowej6.5 Czy osoba wskazana we wniosku do objęcia kształceniem ustawicznym posiada udokumentowany przez co najmniej 15 lat staż pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz nie przysługuje jej prawo do emerytury pomostowej?□ TAK □ NIE**W przypadku zaznaczenia niniejszego priorytetu należy wypełnić załącznik nr 5E do wniosku** |
| **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 !** | 1. **Nazwa i siedziba** realizatora usługi kształcenia ustawicznego / firmy ubezpieczeniowej / placówki medycyny pracy (**zgodnie z załącznikiem do wniosku nr 4**)\*\*\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………a/  **Cena usługi kształcenia ustawicznego/badań/ubezpieczenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku**, o ile są dostępne (**Wymagane wypełnienie załącznika nr 7** do wniosku); Koszt usługi w ramach **wybranej** oferty - …………………..PLN  b**/ Opis uzasadniający wybór** w/w realizatora usługi kształcenia ustawicznego / firmy ubezpieczeniowej/ placówki medycyny pracy / : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………1. **Nazwa i siedziba** realizatora usługi kształcenia ustawicznego / firmy ubezpieczeniowej / placówki medycyny pracy (**zgodnie z załącznikiem do wniosku nr 4**)\*\*\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………a/  **Cena usługi kształcenia ustawicznego/badań/ubezpieczenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku**, o ile są dostępne (**Wymagane wypełnienie załącznika nr 7** do wniosku);  Koszt usługi w ramach **wybranej** oferty - …………………..PLN b**/ Opis uzasadniający wybór** w/w realizatora usługi kształcenia ustawicznego / firmy ubezpieczeniowej/ placówki medycyny pracy / :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **8.3 Informacje o planach** dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **8.4** **Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia z potrzebami** lokalnego lub regionalnego rynku pracy | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Zgodnie z postanowieniami zawartymi w *Zasadach przyznawania środków z KFS w 2023 roku*, proszę wpisać odpowiednio:  *konkretny* Obszar, Główny kierunek polityki rozwoju i Główny kierunek działań na podstawie **„Programu Rozwoju Powiatu Suskiego na lata 2021-2030. Powiat Suski 2030”** <https://powiatsuski.pl/rozwoj-powiatu/> lub wskazanie konkretnego zawodu deficytowego na terenie powiatu suskiego, którego dana forma kształcenia ustawicznego dotyczy, w oparciu o badanie**: „Barometr zawodów” – powiat suski** (https://barometrzawodow.pl/modul/prognozy-na-plakatach?publication=county&province=6&county=17&year=2023&form-group%5B%5D=all |
| **8.5 Czy pracownik świadczy pracę na terenie powiatu suskiego?** |  □ TAK □ NIE |

**UWAGA:**

**\*** Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego nie obejmujem.in.kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem, czy kosztów delegacji.

**\*\*Tabelę 4.2** należy wypełnić **dla każdego** uczestnika oddzielnie. Dopuszcza się możliwość finansowania **nie więcej niż dwóch form kształcenia** dla jednego uczestnika.

\*\*\*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 pracodawcyy 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** **oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków z rezerwy KFS przyjętych przez Radę Rynku Pracy na 2023 rok** (ze wskazaniem numeru priorytetu. W przypadku wnioskowania o środki w ramach priorytetu RRP3 proszę wskazać:  *konkretny* Obszar, Główny kierunek polityki rozwoju i Główny kierunek działań na podstawie **„Programu Rozwoju Powiatu Suskiego na lata 2021-2030. Powiat Suski 2030”** <https://powiatsuski.pl/rozwoj-powiatu/>)).

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

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

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

**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 wnioskodawcy dotyczące wsparcia 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 prowadzonych przez MRiPS (**składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu RRP/1**).

Załącznik nr 5B - Oświadczenie wnioskodawcy o wsparciu kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności(**składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu RRP/2).**

Załącznik nr 5C – Oświadczenie wnioskodawcy o wsparciu kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu suskiego wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju ((**składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu RRP/3)**

Załącznik nr 5D – Oświadczenie wnioskodawcy o wsparciu kształcenia ustawicznego 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 (**składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu RRP/4)**

Załącznik nr 5E – Oświadczenie wnioskodawcy o wsparciu kształcenia ustawicznego osób które mają udokumentowane co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej (**składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu RRP/5)**

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

ustawicznego.

Załącznik nr 7 - Porównanie ofert rynkowych planowanego kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badań.

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

1. Wniosek wraz z załącznikami w/w od 1 do 7 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, wyżej wymienionych załączników.

Zapoznałem/łam się z obowiązującymi „Zasadami przyznawania środków z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w 2023r.” 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 z jakiego priorytetu aplikuje Wnioskodawca? / wstawić znak X w odpowiednim miejscu/ | RRP/1. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze prowadzonych przez MRiPS |  |
| RRP/2. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności |  |
| RRP/3. Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu suskiego wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju |  |
| RRP/4 Wsparcie kształcenia ustawicznego 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 |  |
| RRP/5Wsparcie 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 |  |

 |
| 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