 ******

***Druk wniosku obowiązujący w 2025 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 2024 r., poz. 475 ze zm.),
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (**t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 702),**
* 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 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE. L., 2023 /2831 z dnia 15.12.2023 r.,
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 40).
* art.7 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018r. (tj.Dz. U. z 2023, poz. 221 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 |  | | | | |
| 1.4 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 Kod 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\*\*.  \*\* netto  Wyrażone 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** | **w tym kobiety** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety*** |
| 15 – 24 |  |  |  |  |
| 25 – 34 |  |  |  |  |
| 35 – 44 |  |  |  |  |
| 45 i więcej |  |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |  |
| **wg wykształcenia:** | **Pracodawca** | **w tym kobiety** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety*** |
| gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |  |
| 3.7 Liczba osób planowanych do objęcia wsparciem zgodnie z ustalonymi priorytetami wraz z kwotą dofinansowania wnioskowaną w ramach KFS | ***w tym:*** | | | | |
| **Pracodawca** | ***w tym kobiety*** | **Pracownicy** | ***w tym kobiety*** | ***Kwota dofinansowania wnioskowana w ramach KFS*** |
| **W ramach Priorytetu 1**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 2**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 3**  Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 4**  Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 5**  Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 6**  Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 7**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 8**  Rozwój umiejętności cyfrowych |  |  |  |  |  |
| **W ramach Priorytetu 9**  Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną |  |  |  |  |  |
| **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 2025r****.*) | **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** |  |  |  |

**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 \*\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |
| **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 adres 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 adres 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 i adres, 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 i adres, miejsce realizacji ………………………………………………………………………………… | | | | | | | | |
| Koszt egzaminu: | | |  |  | |  | | |
| **4.1 Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu**  Planowany termin realizacji………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | Nazwa instytucji i adres przeprowadzającej badania ………………………………………………………………………………… | | | | | | | | |
| Koszt badań: | | |  |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.1 Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem**  Planowany termin realizacji …………………………………………………………………………………………………………… | | Nazwa i adres ubezpieczyciela ………………………………………………………………………………… | | | |
| Koszt ubezpieczenia: |  |  |  |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 1:**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie .  **6.1** Czy pracodawca planuje objąć osobę delegowaną na kształcenie ustawiczne odpowiadające zawodowi, który jest wpisany na listę zawodów deficytowych w roku 2025 w województwie małopolskim lub w powiecie, w którym składany jest niniejszy wniosek? (lista zawodów deficytowych znajduje się na stronie badania [www.barometrzawodow.pl](http://www.barometrzawodow.pl))  □ TAK □ NIE  **Jeśli tak, to jakiego zawodu dotyczy kształcenie wg w/w badania?:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 1 powinien do wniosku dołączyć oświadczenie dotyczące planowanego kształcenia w zawodach deficytowych (załącznik nr 5A).** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 2:**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.  **6.2**  a) 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 pracy? □ TAK □ NIE  b) Czy pracownik objęty kształceniem ustawicznym będzie wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami? □ TAK □ NIE  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 2 powinien do wniosku dostarczyć wiarygodny dokument (np. kopia dokumentu zakupu, decyzji o wprowadzeniu norm ISO, itp), zgodnie z oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 5B.** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 3:**  Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku .  **6.3** a)Czy pracodawca starający się o wsparcie w ramach powyższego priorytetu prowadzi działalność na terenach, na których obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z 16 września 2024 r. w sprawie wykazu gmin, w których są stosowane szczególne rozwiązania związane z usuwaniem skutków powodzi z września 2024r. oraz rozwiązań stosowanych na ich terenie (Dz.U.2024 poz.1859). ? □ TAK □ NIE  b) Czy nabycie nowych umiejętności / kwalifikacji jest związane z rozszerzeniem/ przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy? □ TAK □ NIE  Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 3 winien w czasie wystąpienia powodzi prowadzić działalność na terenach objętych powodzią we wrześniu 2024r.  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 3 powinien załączyć do wniosku oświadczenie dotyczące miejsca prowadzonej działalności** ( **załącznik nr 5C)** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 4:** Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy  **6.4** Czy nabycie nowych umiejętności/kwalifikacji przyczyni się do wzmocnienia umiejętności zarządzania, poprawy komunikacji wewnętrznej oraz stworzenia środowiska opartego na równości, integracji i zaangażowaniu pracowników? □ TAK □ NIE  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 4 powinien wykazać w punkcie 5 wniosku tj. UZASADNIENIE potrzebę i konieczność organizacji tego rodzaju kształcenia.** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 5:**  Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej  **6.5**  Czy nabycie nowych umiejętności/kwalifikacji przyczyni się do promowania i wspierania zdrowia psychicznego oraz tworzenia przyjaznych środowisk pracy? □ TAK □ NIE  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 5 powinien wykazać w punkcie 5 wniosku tj. UZASADNIENIE potrzebę i konieczność organizacji tego rodzaju kształcenia.** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 6:**  Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy  **6.6**  Czy wnioskowane formy kształcenia są skierowane dla zatrudnionych cudzoziemców? □ TAK □ NIE  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 6 powinien do wniosku dołączyć oświadczenie o wsparciu kształcenia cudzoziemców** ( **załącznik nr 5D)** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 7:**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.  **6.7** Czy wnioskowane formy kształcenia są bezpośrednio związane z opieką zdrowotną / opieką społeczną ? □ TAK □ NIE  (Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 7 powinien posiadać PKD w Sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach 86 – Opieka zdrowotna, 87-Pomoc społeczna z zakwaterowaniem, 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania)  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 7 powinien do wniosku dołączyć oświadczenie wnioskodawcy o prowadzeniu działalności w sektorze usług zdrowotnych / opiekuńczych**  (**załącznik nr 5E)** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 8:**  Rozwój umiejętności cyfrowych.  **6.8** Czy pracownik objęty kształceniem ustawicznym będzie objęty szkoleniem z zakresu umiejętności cyfrowych? □ TAK □ NIE  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 8 powinien w punkcie 5 wniosku tj. UZASADNIENIE wykazać, że** **posiadanie konkretnych umiejętności cyfrowych, które objęte są tematyką wnioskowanego szkolenia, jest powiązane z pracą wykonywaną przez osobę/by\* kierowaną/ne na szkolenie.** | | | | | | | |
| Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne **w ramach Priorytetu 9:**  Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.  **6.9** Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym spełnia warunek w/w priorytetu? □ TAK □ NIE  **Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 9 powinien wykazać w punkcie 5 wniosku tj. UZASADNIENIE potrzebę nabycia w/w umiejętności do realizacji założonych celów transformacji energetycznej** | | | | | | | |
| **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 2025 roku*, proszę wpisać odpowiednio:  *konkretny zawód deficytowy występujący na terenie powiatu suskiego lub województwa małopolskiego, w oparciu o wybrane badanie:* ***„Barometr zawodów” – powiat suski*** *https://barometrzawodow.pl/modul/prognozy-na-plakatach?publication=county&province=6&county=17&year=2025&form-group%5B%5D=all lub* ***„Barometr zawodów” – województwo małopolskie*** [*https://barometrzawodow.pl/modul/prognozy-na-plakatach?publication=province&province=6&county=&year=2025&form-group%5B%5D=all*](https://barometrzawodow.pl/modul/prognozy-na-plakatach?publication=province&province=6&county=&year=2025&form-group%5B%5D=all) *lub*  właściwy Obszar, Główny kierunek polityki rozwoju i Główny kierunek działań na podstawie **„Strategii Rozwoju Województwa „Małopolska 2030”** <https://www.malopolska.pl/strategia-2030/> lub odpowiedni Obszar, Cel operacyjny i Kluczowe działanie na podstawie **„Programu Rozwoju Powiatu Suskiego na lata 2021-2030. Powiat Suski 2030”** <https://powiatsuski.pl/rozwoj-powiatu/> , w które wpisuje się planowane przedsięwzięcie. | | | | | |
| **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. Rekomenduje się wnioskowanie o **nie więcej niż dwie formy 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” 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 POTRZEBY REALIZACJI każdego wskazanego w tabeli działania przy uwzględnieniu obecnych lub**

**przyszłych planów pracodawcy względem osoby objętej kształceniem ustawicznym.**

**UWAGA:** należy przedstawić logiczne i wiarygodne uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy (np. związek pomiędzy planowanymi działaniami a wykonywaną przez pracownika pracą/branżą, w jakiej jest zatrudniony/jaką prowadzi) oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS w 2025 roku.

**W uzasadnieniu należy uwzględnić informację o**: wybranym priorytecie, tematyce kształcenia ustawicznego, jej powiązaniu z branżą, zajmowanym stanowiskiem, profilem działalności firmy lub potrzebą rozwijania kluczowych umiejętności i wiedzy, szczególnie w obszarze kompetencji miękkich, które bezpośrednio przekładają się na wzrost efektywności pracy; identyfikacji braków w zakresie umiejętności, kwalifikacji zawodowych lub wiedzy, w tym kompetencji miękkich, oraz ich powiązanie z zajmowanym stanowiskiem i wykonywanymi obowiązkami (obecnymi lub planowanymi); wykorzystaniu zdobytej wiedzy na stanowisku pracy przez uczestnika, który ukończył kształcenie, a w przypadku kompetencji miękkich – wykazanie ich wpływu na poprawę np. samopoczucia, lepszą komunikację, czy większą satysfakcję z pracy; wpływie zdobytych kwalifikacji zawodowych, umiejętności i/lub kompetencji miękkich na rozwój zdolności interpersonalnych, poprawę komunikacji, efektywniejszą współpracę w zespole oraz realne zwiększenie szans na utrzymanie zatrudnienia i poprawę konkurencyjności firmy na rynku.

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

**Załączniki:**

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

Załącznik nr 2 - Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy *de minimis*.

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 dotyczące planowanego kształcenia w zawodach deficytowych **(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 w związku z zastosowaniem w firmie nowych procesów technologii i narzędzi pracy **(składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 2)**.

Załącznik nr 5C – Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące prowadzenia działalności na terenach objętych powodzią we wrześniu 2024 roku **(składane tylko w przypadku wnioskowania w ramach Priorytetu 3).**

Załącznik nr 5D - Oświadczenie o wsparciu kształcenia cudzoziemców **(składane tylko w przypadku wnioskowania o środki w ramach Priorytetu 6)**.

Załącznik nr 5E - Oświadczenie wnioskodawcy o prowadzeniu działalności w sektorze usług zdrowotnych / opiekuńczych **(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.

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 Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w 2025r.” 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)

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA OCHRONY DANYCH PRZEKAZANYCH DANYCH OSOBOWYCH (RODO) DLA PRACODAWCÓW WNIOSKUJĄCYCH O ŚRODKI KFS**

**Powiatowy Urząd Pracy w Suchej Beskidzkiej informuje, że**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 12 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35) zwanego dalej „rozporządzeniem” Powiatowy Urząd Pracy w Suchej Beskidzkiej informuje, że:

**Administratorem**podanych przez Panią/Pana danych będzie Powiatowy Urząd Pracy w Suchej Beskidzkiej, ul. Mickiewicza 31, 34-200 Sucha Beskidzka.

1. W sprawie danych osobowych możesz kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail [astec@pupsuchabeskidzka.pl](mailto:astec@pupsuchabeskidzka.pl)
2. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Twoje dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
3. podmioty upoważnione do odbioru Twoich danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
4. podmioty, które przetwarzają Twoje dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Twoje dane osobowe będą przetwarzana przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 2 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowy Urząd Pracy w Suchej Beskidzkiej Twoich danych osobowych w każdej chwili masz prawo do:
7. dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
8. sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
9. usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
10. ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
11. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia
12. W przypadku, w którym przetwarzanie Twoich danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Ci prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
13. Masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z przepisami Rozporządzenia.
14. Twoje dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez Administratora, w tym profilowaniu.
15. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Suchej Beskidzkiej. Przy czym podanie danych jest:
16. obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w  przepisach prawa;
17. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Twojej zgody lub ma na celu zawarcie umowy.
18. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest fakultatywne (dobrowolnie), ale konieczne w celu realizacji zadania publicznego określonego ustawami wskazanymi w pkt. 2.
19. konsekwencją niepodania danych obowiązkowych będzie brak możliwość realizacji zadania publicznego, czynności urzędowych, niemożliwość zawarcia umowy lub innych czynności wynikających z celu określonego w przepisach o których mowa w pkt 2.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego

…………………………………………..

(data i podpis pracodawcy

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ II – wypełnia Powiatowy Urząd Pracy** | |
| 1. **ROZPATRZENIE WNIOSKU** | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 6.1 Z jakiego priorytetu aplikuje Wnioskodawca?  / wstawić znak X w odpowiednim miejscu/ | 1.Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie |  | | 2. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy |  | | 3. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku. |  | | 4. Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy. |  | | 5. Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej. |  | | 6.Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy. |  | | 7. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych. |  | | 8. Rozwój umiejętności cyfrowych. |  | | 9. Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. |  | | |
| 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