Prudnik, dnia ……………………..

……………………………

 (pieczątka firmy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. Jagiellońska 21**

 **48-200 Prudnik**

**Wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników**

**i pracodawców z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2021r.**

na zasadach określonych:

* w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.),
* w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 117)
* w ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) oraz jej przepisów wykonawczych,
* w rozporządzeniu 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 352/1 z dn. 24.12.2013 r.),
* w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym
(Dz. Urz. UE L 352/9 z dn. 24.12.2013r.),
* przez Radę Rynku Pracy wydatkowania środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w roku 2021 w ramach priorytetów określonych przez ten organ.

**Proszę o przyznanie wsparcia ze środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w ramach (proszę dokonać wyboru):**

* a) Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców
* b) Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej
* c) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej
* d) Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej
* e) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności
* f) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób dorosłych w nabywaniu kompetencji cyfrowych

**I. Dane dotyczące pracodawcy:**

1. Nazwa Pracodawcy………………………………………….................................................
2. Adres siedziby Pracodawcy…………………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności…………………………………………………………...
4. Telefon…………………………………………., e-mail……………………………...........
5. REGON:………………………………, NIP:……………………………………………..
6. Forma organizacyjno-prawna ………………………………………………………………
7. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych)……………………………
8. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności według PKD………………………………
9. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisywania umowy:

 ……..…………………… ………………………………

 nazwisko i imię stanowisko

………………………….. ……………………………..

 nazwisko i imię stanowisko

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z PUP:

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

Nr telefonu osoby upoważnionej.………………………….e-mail…………………………

1. Liczba zatrudnionych pracowników, na dzień złożenia wniosku:

…………………………………………………………………………...

1. Wielkość przedsiębiorstwa: mikro/małe/średnie/inne\* (\* właściwe zaznaczyć)
2. Nr konta bankowego: ……………………………………………………………………….
3. Nazwa banku:………………………………………………………………………………..

**II. Informacje dotyczące działań do sfinansowania z udziałem Krajowego Funduszu Szkoleniowego**:

1. **Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Działania przewidziane w ramach kształcenia ustawicznego** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** | **Według grup wiekowych** |
| **ogółem** | **kobiety** | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 lat i więcej** |
| **Według rodzajów****wsparcia** | Kursy |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |  |  |  |
| **Objęci wsparciem ogółem:** |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Informacje dotyczące wydatków na kształcenie ustawiczne:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kursu** | **Planowany termin realizacji** | **Ilość osób objętych działaniem** | **Koszt szkolenia dla 1 osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kierunek studiów****podyplomowych** | **Planowany termin realizacji** | **Ilość osób objętych działaniem** | **Koszt studiów dla1 osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | **Planowany termin realizacji** | **Ilość osób objętych działaniem** | **Koszt egzaminu dla 1 osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | **Planowany termin realizacji** | **Ilość osób objętych działaniem** | **Koszt badań dla 1 osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** | **Data ubezpieczenia** | **Ilość osób objętych działaniem** | **Koszt ubezpie-czenia NNW dla 1 osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. **Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego:**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane
z kształceniem ustawicznym (wymienione w cz. II wniosku)

…………………………………

w tym:

1. Kwota wnioskowana z KFS w zł……………………………
2. Kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł …………………………..

***Uwaga:*** *nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.*

1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS, a w przypadku środków z rezerwy KFS – dodatkowo priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS.**

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

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

1. **Dane dotyczące realizatora usługi:**

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi finansowanej ze środków KFS

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

1. nazwa i siedziba realizatora: ……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

1. posiadane przez niego certyfikaty jakości oferowanych usług, a w przypadku kursów – posiadane dokumenty potwierdzające uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego, jeżeli uprawnienia te nie wynikają z informacji powszechnie dostępnej w rejestrach elektronicznych:

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

1. nazwa i liczba godzin kształcenia ustawicznego: ………………………………………

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

1. cena usługi ………….………………………………………..……………
2. Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa
(minimum 1 oferta, jeśli to możliwe) …………………………………………………… …………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………….…………………………
3. **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS.**

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

 …………..…………………………………

 *(pieczątka imienna i podpis pracodawcy*

 *lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**III. Oświadczenia pracodawcy:**

**Oświadczam, że:**

1. Jestem/śmy pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.)
2. Nie zalegam/y w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
3. Nie zalegam/y w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
4. Nie posiadam/y w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. \*Wnioskowana kwota dofinansowania, łącznie z pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy.
6. Spełniam warunki/Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 r. w spr. zastosowania art. 107 i 108 Traktatu
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352
z 24.12.2013 r.).

**Świadom/i odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (z art. 233 Kodeksu Karnego) oświadczam/y, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne
z prawdą.**

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

(data) *(pieczątka imienna i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

\*) dotyczy wyłącznie pracodawcy będącego przedsiębiorcą, prowadzącym działalność gospodarczą w myśl ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej.

*Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego 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 usługo kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych.*

**IV. Wymagane załączniki:**

1. Oświadczenie pracodawcy dotyczące osób objętych kształceniem.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór formularza sporządzony na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
(Dz. U. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.)
3. Informacje o pomocy publicznej:
4. zaświadczenie lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.);
5. informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia
30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
6. Kopie dokumentu poświadczającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności
w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji
o Działalności Gospodarczej.
7. Program kształcenia lub zakres egzaminu.
8. Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego.