Prudnik, dnia ……………………..

……………………………

(pieczątka firmy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Jagiellońska 21**

**48-200 Prudnik**

**Uwaga:**

Środki rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2018 roku przeznaczone są na dofinansowanie działań związanych z kształceniem ustawicznym pracowników i pracodawców zgodnych z ustalonymi przez Radę Rynku Pracy priorytetami na:

- wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;

- wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

Pracodawca zainteresowany uzyskaniem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego składa wniosek w powiatowym urzędzie pracy właściwym ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce prowadzenia działalności.

**Wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

na zasadach określonych:

* w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 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.).

# Cz. I. Wypełnia pracodawca

**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 ……………………………………………………………………………. Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (minimum 1 oferta, jeśli to możliwe)…………………………………………………… ……...................................................................................................................................

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

1. **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 2016r. poz. 645 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.