**Załącznik nr 2**

do Zasad przyznawania środków z KFS w 2024 r.

.................................................. Bytów, dn. ........................

(pieczątka pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców - REZERWA**

*na podstawie art. 69a ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 t. j.   
z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117 t. j.).*

**UWAGA! Wniosek wypełnia się tylko na JEDNO kształcenie ustawiczne.**

**A. DANE PRACODAWCY**

**1.** Pełna nazwa pracodawcy .........................................................................................................................................................

**2**. Adres siedziby pracodawcy ...........................................................................................................................................................

**3.** Miejsce prowadzenia działalności ..........................................................................................................................................................

**4.** Telefon ................................................. fax...................................................................................   
 e-mail ................................................... strona www …...................................................................

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

**5.** Numer identyfikacyjny REGON

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

**6.** Numer identyfikacji podatkowej NIP

**7.** Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z polską Klasyfikacją

Działalności (PKD)………………………………………………………………………………..

**8.** Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z *art. 2 załącznika I do Rozporządzenia Komisji Unii   
 Europejskiej nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. (właściwe zaznaczyć)* :

**mikro**

*(za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników   
 (wraz z właścicielem) i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)*

**mały**

*(za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 50 pracowników (wraz   
 z właścicielem) i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)*

**średni**

*(za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 250 pracowników (wraz   
 z właścicielem) i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie   
 przekracza 43 milionów EUR)*

**inny niż wskazany powyżej**

*Definiując pojęcie wielkości przedsiębiorstwa należy zwrócić uwagę na liczbę personelu w przedsiębiorstwie (pracownicy oraz właściciele, bez urlopów macierzyńskich oraz wychowawczych), liczbę personelu  w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz liczbę personelu, która jest zatrudniona w przedsiębiorstwie w okresie poprzedniego roku obrotowego (podatkowego).*

**9.** Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku ….......................................

**10.** Osoba/osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy

(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

a) imię i nazwisko............................................. stanowisko służbowe......................................................... b) imię i nazwisko ............................................stanowisko służbowe ........................................................

*W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo   
określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo   
należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem   
przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą   
być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.*

**11.** Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem: imię i nazwisko ….............................................. stanowisko …................................................................

telefon /fax …........................................................, e-mail ….........................................................................

**12.** Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na które należy przekazać środki KFS:  
  *(wskazane konto musi należeć do pracodawcy)*

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

**13.** Niniejszym oświadczam, że : *(właściwe zaznaczyć)*

jestem

nie jestem

beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702 t. j.)

***Beneficjent pomocy publicznej –*** *podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób   
 finansowania, który ubiega się o pomoc publiczną, (Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy   
 publicznej, Dz .U. z 2023 r. poz. 702 t. j.).*

**B. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO,   
 KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSEK**

**I.** Liczba skierowanych osób, zgodnie z priorytetami Rady Rynku Pracy na rok 2024 zawartymi   
 w zarządzeniu nr 11/2024 w sprawie stosowanych w Powiatowym Urzędzie   
 Pracy w Bytowie zasad przyznawania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2024 r. :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Priorytety wydatkowania środków rezerwy KFS w 2024 r.:** | **Liczba osób:** | |
| **ogółem** | **w tym kobiet** |
| 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 przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS; |  |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności; ***(należy dołączyć orzeczenie lub oświadczenie)*** |  |  |
| 1. 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; |  |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju; |  |  |

**II.** Czy pracodawca będzie brał udział w kształceniu ustawicznym:*(właściwe zaznaczyć).*

Tak

Nie

**III.** Wykaz uczestników kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Forma zatrudnienia** | **Okres obowiązywania umowy (od - do)** | **Zajmowane stanowisko,  rodzaj wykonywanych prac** | **Priorytet** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

**Oświadczam pod odpowiedzialnością karną (art. 233 § 1 Kodeksu karnego), że wykazana/e powyżej osoba/y spełnia/ją założenia priorytetu/ów określonych w części B, pkt. I wniosku.**

**IV.** Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego/ działania w tym informacje podlegające ocenie   
 merytorycznej.

**UWAGA PRACODAWCO!**

**Należy zwrócić uwagę, aby wszystkie punkty poniżej zostały wypełnione. Sposób oceny poszczególnych kryteriów przedstawiony jest w „Karcie oceny wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego”, który stanowi załącznik nr 3 do Zasad przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego obowiązujących w 2024 r. w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ DZIAŁANIA**  (WŁAŚCIWIE ZAZNACZYĆ) | | Kurs /Szkolenie  Studia podyplomowe  Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie   umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy   zawodowej po ukończonym kształceniu  Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym   kształceniem | | | | | | | | | | | | | | |
| **LICZBA UCZESTNIKÓW** | | Ogółem/  w tym kobiet | | | | 15-24 lata/  w tym kobiet | | 25-34 lata/  w tym kobiet | | | 35-44 lata/  w tym kobiet | | | 45 i więcej/  w tym kobiet | | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| **WYKSZTAŁCENIE UCZESTNIKÓW** | | Gimnazjalne  i poniżej/  w tym kobiet | | | | Zasadnicze zawodowe/  w tym kobiet | | Średnie  ogólnokształcące/  w tym kobiet | | | Policealne  i średnie zawodowe/  w tym kobiet | | | Wyższe/ w tym kobiet | | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| **PLANY DOTYCZĄCE DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA-DZIAŁANIA/**  **PLANY DOTYCZĄCE**  **DZIAŁANIA FIRMY** | | **Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia** (*odpowiednie zaznaczyć*)  pracodawca deklaruje zatrudnienie wszystkich uczestników kształceni ustawicznego na okres   co najmniej 6 m-cy po zakończeniu kształcenia ustawicznego  pracodawca deklaruje zatrudnienie ………… uczestników kształcenia ustawicznego na okres   co najmniej 6 m-cy po zakończeniu kształcenia ustawicznego | | | | | | | | | | | | | | |
| **Plany dotyczące rozwoju firmy, zmian lub rozszerzenia profilu działalności**  (gdy kształceniem ustawicznym ma zostać objęty pracodawca) | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO/ DZIAŁANIA** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **TERMIN REALIZACJI WSKAZANYCH DZIAŁAŃ** | | Od ………………. Do ……………….    (dd-mm-rr) (dd-mm-rr) | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWA  I SIEDZIBA ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA** | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………  REGON ……………………………………………………………………………….  NIP ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWA DOKUMENTU, NA PODST. KTÓREGO WYBRANY REALIZATOR MA UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POZASZKOLNYCH FORM KSZTAŁCENIA UST. – DOT. KURSÓW** *(RIS, KRS, CEIDG,itp.)* | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **POSIADANE PRZEZ REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA UST. CERTYFIKATÓW JAKOŚCI OFEROWANYCH USŁUG** *(ISO, AKREDYTACJA KURATORA OŚWIATY, inne)* | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **LICZBA GODZIN**  **KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **KOSZT KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | | **Koszt kształcenia  ogółem wszystkich osób wskazanych we wniosku** | | | | **Koszt kształcenia  1 osoby** | | **Koszt osobogodziny** | | | **Kwota wnioskowana** | | | **Kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** | | |
|  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |
| ***UWAGA****: Środki pochodzące z Krajowego Funduszu Szkoleniowego mieszczą się w kategorii środków publicznych  w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z § 3 ust.1 pkt 14 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia  20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych są zwolnione od podatku. W przypadku, gdy nabywana usługa stanowi usługę kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego jest zwolniona od podatku od towarów i usług pracodawca przekazuje świadczącemu usługę szkoleniową informację o pochodzeniu środków finansowych na sfinansowanie szkolenia z KFS i ich udziale w całkowitym koszcie szkolenia.*  ***Wkład własny:*** *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.* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PORÓWNANIE CEN PODOBNYCH USŁUG OFEROWANYCH NA RYNKU** *(do wniosku należy dołączyć oferty porównawcze wskazanych firm)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr oferty** | **Nazwa usługi** | | | **Realizator** | | | | | | **Koszt kształcenia 1 osoby** | | **Liczba godzin** | | | **Koszt osobogodz.** | |
| 1. |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | |
| 2. |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | |
| 3. |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | |
| **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI** | | | | |  | | | | | | | | | | | |

**C. UZASADNIENIE WNIOSKU**

**1. Uzasadnienie potrzeby odbycia wnioskowanej formy kształcenia ustawicznego** **lub nabycia   
 określonych umiejętności przez wskazaną/e we wniosku osobę/y, przy uwzględnieniu   
 obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy.**

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

**…..……….…………………………**

**Data i podpis wnioskodawcy**

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU SKŁADANEGO PRZEZ PRACODAWCĘ:**

1. *Oświadczenie Wnioskodawcy - Załącznik nr 1 do wniosku.*
2. *Klauzula informacyjna - Załącznik nr 2 do wniosku.*
3. *Formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – Załącznik nr 3.*
4. *Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG. Np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).*
5. *W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale,   
   w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.*
6. *Program kształcenia lub zakres egzaminu.*
7. *Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego.*