**Załącznik nr 1 do Zasad**

.................................................. 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 2020 r., poz. 1409 t.j.) oraz Rozporządzenia Ministra Rodziny 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.**

# 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**

**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 ........................................................

**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: ……………………………………………………………………………………………………………

**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 2016r. poz. 1808)

**UWAGA:**

**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 2016 r. poz. 1808).

\* **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).**

1. **Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego, których dotyczą wydatki (określenie potrzeb pracodawcy)**
   1. Liczba skierowanych osób, zgodnie z priorytetami wydatkowania środków rezerwy KFS na rok 2020 zawartymi w zarządzeniu nr 13/2020 w sprawie stosowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie zasad przyznawania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2020r. :

a) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności …………….

b) Wsparcie w nabywaniu kompetencji cyfrowych …………….

c) Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej …………….

d) 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 …………….

e) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych u pracodawców, którzy w latach   
2017-2019 nie korzystali ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego …………….

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

Tak

Nie

**3.** Wykaz uczestników kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko uczestnika | Forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy (od.. do..) | Zajmowane stanowisko i rodzaj wykonywanych prac | Rodzaj kształcenia ustawicznego/ nazwa kursu, studiów podyplomowych itd. | Priorytet |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**4.** Liczba osób uczestniczących w kształceniu ustawicznym:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie – rodzaj wsparcia** | | **Liczba osób** | |
| **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kurs (nazwa kursu oraz termin kursu)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Studia podyplomowe (nazwa kierunku oraz okres trwania studiów podyplomowych)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych oraz termin ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu oraz termin badań ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |
| 25-34 lata |  |  |
| 35-44 lata |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Według poziomu wykształcenia | Wyższe |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |
| Gimnazjalne i poniżej |  |  |

**5.** Specyfikacja wydatków kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | **RODZAJ WSPARCIA** | **KOSZT OGÓŁEM** | **LICZBA OSÓB** |
| 1. | Kurs realizowany z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:  ………………………………………………………. |  |  |
| 2. | Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:  ………………………………………………………. |  |  |
| 3. | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:  ………………………………………………………. |  |  |
| 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 ………………………………………………………. |  |  |
| **OGÓŁEM:** | |  |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę:**  - *przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawca nie uwzględnia innych kosztów, które 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.* | |  | |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS:** | |  | |

**Uwaga: wysokość wsparcia:**

- **80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS**, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów;

**- 100% kosztów kształcenia ustawicznego** – jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

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.

***UWAGA****:*

Zwolnione z podatku są m.in. usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczone usługi i dostawa towarów ściśle z tymi usługami związane. **Środki pochodzące z Krajowego Funduszu Szkoleniowego mieszczą się w kategorii środków publicznych w rozumieniu ustawy o finansach publicznych.**

W przypadku, gdy zostaną spełnione przesłanki tj. nabywana usługa stanowi usługę kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego i jest w określonej wysokości finansowania ze środków publicznych (nabywca przekazuje świadczącemu usługę szkoleniową stosowną informację o pochodzeniu środków finansowych na sfinansowanie szkolenia z KFS i ich udziale w całkowitym koszcie szkolenia) wówczas do tej usługi ma zastosowanie zwolnienie od podatku od towarów i usług.

**C. Uzasadnienie wniosku**

**1. Uzasadnienie potrzeby odbycia wybranej formy kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 1 do Zasad przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego obowiązujących w 2020 r. w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie.**

**2. Dane dotyczące realizatora usługi:**

a) Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……….

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

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

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

b) Nazwa i siedziba realizatora: ……………………………………………………………………………………….…………………..

c) Certyfikat jakości oferowanych usług (nazwa dokumentu) …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

d) W przypadku kursów – nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator ma uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego …………………………..…………………………………………………………..……………………

e) Nazwa kształcenia ustawicznego ……………………………………………………………………….

f) Liczba godzin kształcenia ustawicznego ……………………………………….……………………….

g) Cena usługi ………………………………………………………………………..…………………….

h) Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa, liczba godzin szkolenia *(jeśli to możliwe)*

- oferta 1 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………- oferta 2

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

- oferta 3

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

**3. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia/Plany dotyczące działania firmy**

a) Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia

□ pracodawca deklaruje zatrudnienie wszystkich uczestników kształcenia 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

b) **Plany dotyczące rozwoju firmy, zmian lub rozszerzenia profilu działalności** (będą podlegały ocenie w przypadku, gdy kształceniem ustawicznym ma zostać objęty pracodawca)

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

**……….…………………………**

**Data i podpis wnioskodawcy**

***WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU SKŁADANEGO PRZEZ PRACODAWCĘ****:*

***1.*** *Oświadczenie Wnioskodawcy - Załącznik nr 1.*

***2.*** *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).*

***3.*** *Formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.*

***4.*** *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.*

***5.*** *Program kształcenia lub zakres egzaminu.*

***6.*** *Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego.*

***7.*** *Dodatkowe dokumenty potwierdzające spełnienie poszczególnych kryteriów (tj. Oświadczenie pracodawcy, że uczestnik szkolenia spełnia warunki dostępu do priorytetu):*

***a)*** *Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności kandydata na szkolenie - priorytet 1,*

***b)*** *Oświadczenie pracodawcy o niekorzystaniu ze środków KFS w latach 2017-2019 (dotyczy wniosków składanych na terenie całego kraju) - priorytet 5.*

**Załącznik nr 1**

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

*pieczęć firmowa wnioskodawcy miejscowość i data*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. W roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem(am)\* pomoc na zasadach de minimis (jeśli otrzymałem(am) należy podać wysokość……………………………… złotych, co stanowi ………………………………… euro).
2. Otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem(am)\* pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis (jeśli otrzymałem(am), należy podać wysokość ……………………….……….. złotych, co stanowi …………………..…….………..euro, z przeznaczeniem na ……………………….................................).

**Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem** się z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018 r., poz. 117 t.j.), Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1409 t. j.) oraz **akceptuję** postanowienia regulaminu przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie w roku 2020 r.

**Uwaga! Pracodawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Bytowie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**

*………………………………………………………*

*data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
 do reprezentowania wnioskodawcy*

**Wyrażam/-y zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1409 t.j.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

……………………………………….

*data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
 do reprezentowania wnioskodawcy*