|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **(wypełnia PUP)**  Prot. Nr…….………………………..…………………..  Z dnia …………………………………….………………… | **Data wpływu (wypełnia PUP)** | **Numer wniosku (wypełnia PUP)** |
|  |  |

**Wniosek**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego PRACODAWCY**

**ze środków REZERWY KFS w 2024 r.**

1. **DANE PRACODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Pełna nazwa Pracodawcy | | | |  | | | | | | |
| 2. Adres siedziby Pracodawcy *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)* | | | |  | | | | | | |
| 3. Adres do korespondencji *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)* | | | |  | | | | | | |
| 4. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby)* | | | |  | | | | | | |
| 5. NIP | |  | | | | | 6. REGON | | |  |
| 7. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD) | | | | |  | | | | | |
| 8. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności *(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, jst, inna)* | | | | |  | | | 9. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej | |  |
| 10. Liczba pracowników zatrudnionych: | | | | | | | | | | |
| a) Na dzień złożenia wniosku | | |  | | b) Średniorocznie w ciągu ostatnich 2 lat w przeliczeniu na pełne etaty, w tym w przedsiębiorstwach powiązanych. | | | |  | |
| 11. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Pracodawcy:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| 12. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy  i podpisania wnioskowanej umowy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* | | | | |  | | | | | |
| 13. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Pracodawcę do kontaktów z PUP | | | | |  | | | | | |
| 14. Numer telefonu |  | | | | 15. E-mail |  | | | | |

|  |
| --- |
| **Wnioskuję o środki z Krajowego FunduszuSzkoleniowego dla pracodawcy w wysokości:**   * **100 % w następującej łącznej kwocie:** ……………………………………………………………………….**/zł/**   **(dotyczy mikroprzedsiębiorcy)**   * **80% w następującej łącznej kwocie:** ………………………………………………………………………**/zł/,**   **przy wkładzie własnym wynoszącym:** ………………………...............................................**/zł/**  **na kształcenie ustawiczne w postaci**:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (podać nazwę/tytuł szkolenia/kursu/studiów podyplomowych itp.) |

**Zestawienie dotychczasowego korzystania ze środków KFS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kwota wsparcia uzyskana z KFS** | **Wkład własny** |
| **2022** |  |  |
| **2023** |  |  |
| **2024** |  |  |

**KSZTAŁCENIE USTAWICZNE WPISUJE SIĘ W NASTĘPUJĄCE PRIORYTETY RADY RYNKU PRACY(ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 |
| □ | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności |
| □ | 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. |
| □ | Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju. |

**Oświadczenia pracodawcy dotyczące bezpośrednio KFS**

* Oświadczam, iż zapoznałem się z zasadami przyznawania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy na 2024r.
* Oświadczam, że jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeksu Pracy, ponieważ zatrudniam co najmniej jednego pracownika[[1]](#footnote-1) i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
* Oświadczam, iż **nie złożyłem / złożyłem**\* w innym powiatowym urzędzie pracy wniosku o przyznanie środków z KFS na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego osób objętych niniejszym wnioskiem.
* Oświadczam, że **jestem / nie jestem**\* mikroprzedsiębiorcą[[2]](#footnote-2)
* Oświadczam, iż koszt kształcenia ustawicznego na daną osobę w roku 2024 nie przekroczy 300 % przeciętnego wynagrodzenia.
* Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym   
  z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych.

**\*niepotrzebne skreślić**

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

Miejscowość, data, pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)*

1. **WNIOSKOWANA KWOTA I UZASADNIENIE POTRZEBY KSZTAŁCENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kształcenia ustawicznego** | Kwota wnioskowana z KFS  na kształcenie  1 pracodawcy | Kwota wkładu własnego  na kształcenie  1 pracodawcy | Ogólny koszt kształcenia  1 pracodawcy | Ilość osób kierowana na kształcenie | Ogólna kwota wnioskowana  z KFS | Ogólna kwota wkładu własnego | Ogólny koszt kształcenia |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |  |  |  |
| Kurs/szkolenie |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzamin umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie/psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończeniu kształcenia |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie od następstw od nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie** potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego uczestników kształcenia wskazanych we wniosku, przy uwzględnieniu:

- obecnych lub przyszłych potrzeb oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS, a w przypadku środków z rezerwy KFS – dodatkowo priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS,

- zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy

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

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

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

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

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

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

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

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

(opisać ogólną sytuację pracodawcy, pozycję na rynku, potrzebę kształcenia)

**Plany dotyczące dalszego prowadzenia działalności gospodarczej**

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

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

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

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

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

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

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

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

**C1. DANE O KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM I JEGO REALIZATORZE**

(wypełniamy w przypadku wnioskowania o nw. formę kształcenia ustawicznego)

**OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY**

**W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Zakres określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się   
o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS:

Ilość osób objętych określeniem potrzeb:

Ilość stanowisk objętych określeniem potrzeb:

Termin realizacji usługi:

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami opisanymi w tabeli.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Wybrana oferta** | **Druga oferta** | **Trzecia oferta** |
| **1.** | **Nazwa realizatora usługi** |  |  |  |
| **2.** | **Siedziba realizatora usługi** |  |  |  |
| **3.** | **Cena za usługę** |  |  |  |
| **4.** | **Cena w przeliczeniu na 1 osobę** |  |  |  |
| **5.** | **Certyfikat jakości** |  |  |  |

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi finansowanej ze środków KFS:

**C2. DANE O KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM I JEGO REALIZATORZE**

(wypełniamy w przypadku wnioskowania o nw. formę kształcenia ustawicznego)

**KURS/ SZKOLENIE/ STUDIA PODYPLOMOWE**

Tytuł (nazwa) kształcenia ustawicznego:

*(np. tematyka kursu lub studiów podyplomowych, kierunek, itp )*

Termin realizacji kształcenia:

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami opisanymi w tabeli.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Wybrana oferta** | **Druga oferta** | **Trzecia oferta** |
| **1.** | **Nazwa**  **realizatora usługi** |  |  |  |
| **2.** | **Siedziba**  **realizatora usługi** |  |  |  |
| **3.** | **Cena**  **za usługę** |  |  |  |
| **4.** | **Cena**  **w przeliczeniu**  **na 1 pracownika** |  |  |  |
| **5.** | **Ilość godzin kształcenia** |  |  |  |
| **6.** | **Koszt**  **osobogodziny** |  |  |  |
| **7.** | **Certyfikat jakości** |  |  |  |
| **8.** | **Tryb realizacji kształcenia ustawicznego (stacjonarnie/online)** |  |  |  |
| **9.** | **Dokument na podstawie, którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (CEIDG, KRS) - dot. kursów** |  |  |  |

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi finansowanej ze środków KFS:

**C3. DANE O KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM I JEGO REALIZATORZE**

(wypełniamy w przypadku wnioskowania o nw. formę kształcenia ustawicznego)

**EGZAMIN**

Tytuł egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji i uprawnień zawodowych: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Podstawa prawna egzaminu państwowego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Termin realizacji kształcenia:…………..………………………………………………………………………………………………………………………………...............

Realizator kształcenia (nazwa i siedziba): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Posiadane przez realizatora certyfikaty jakości:…………………………………………………………………………………………………………………………….

Cena kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………..………………….………………….....

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku w/w usług w związku z racjonalnością wydatkowania środków KFS i cena powyższej usługi jest porównywalna z innymi oferentami na rynku.

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi finansowanej ze środków KFS: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

**C4. DANE O KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM I JEGO REALIZATORZE**

(wypełniamy w przypadku wnioskowania o nw. formę kształcenia ustawicznego)

**BADANIA** **LEKARSKIE / PSYCHOLOGICZNE**

Rodzaj badań lekarskich/psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

Tytuł i termin kształcenia/pracy zawodowej, do podjęcia którego/której niezbędne są powyższe badania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Termin realizacji badań:…………..………………………………………………………………………................................................................................

Realizator badań (nazwa i siedziba):……………………………………………………………………………….……………………………………………………………… ………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

Cena badań: ………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku w/w usług w związku z racjonalnością wydatkowania środków KFS i cena powyższej usługi jest porównywalna z innymi oferentami na rynku.

**C5. DANE O KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM I JEGO REALIZATORZE**

(wypełniamy w przypadku wnioskowania o nw. formę kształcenia ustawicznego)

**UBEZPIECZENIE NNW**

Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem:

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

Tytuł i termin kształcenia, w związku z którym niezbędne jest ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….

Termin ubezpieczenia: ………..………………………………………………………………………....................................................................................

Realizator ubezpieczenia (nazwa i siedziba): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Cena ubezpieczenia:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku w/w usług w związku z racjonalnością wydatkowania środków KFS i cena powyższej usługi jest porównywalna z innymi oferentami na rynku.

1. **Informacje o osobach kierowanych na kształcenie ustawiczne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pracodawca nr…….**  (podać tylko numer, bez imienia i nazwiska) | | UWAGI |
| **Czy pracodawca korzystał w bieżącym roku lub w latach ubiegłych z kształcenia ustawicznego z KFS?** | **□ TAK**  **□ NIE** |  |
| **Czy pracodawca na dzień złożenia wniosku posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?** | **□ TAK**  **□ NIE** | Wypełnić tylko w przypadku zaznaczenia priorytetu nr. 2 |
| **Czy pracodawca na dzień złożenia wniosku posiada udokumentowane wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, ale nie przysługuje mu prawo doi emerytury pomostowej.** | **□ TAK**  **□ NIE** | Wypełnić tylko w przypadku zaznaczenia priorytetu nr. 3 |

Oświadczam, iż łączny koszt kształcenia ustawicznego finansowanego z KFS w bieżącym roku dla w/w pracodawcy nie przekroczy 300 % przeciętnego wynagrodzenia i wynosi: …………………………………………………

(suma kosztów wnioskowanych form kształcenia w 2024r.)

**Informacja zbiorcza o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Osoby objęte kształceniem ustawicznym** | **w tym Kobiety** |
| **Według wieku** | **15-24 lat** |  |  |
| **25-34 lat** |  |  |
| **35-44 lat** |  |  |
| **45 lat i powyżej** |  |  |
| **Według wykształcenia** | **Gimnazjalne i poniżej** |  |  |
| **Zasadnicze zawodowe** |  |  |
| **Średnie ogólnokształcące** |  |  |
| **Policealne i średnie zawodowe** |  |  |
| **Wyższe** |  |  |
| **Według nazwy grupy zawodów** | **Siły zbrojne** |  |  |
| **Kierownicy** |  |  |
| **Specjaliści** |  |  |
| **Technicy i inny średni personel** |  |  |
| **Pracownicy biurowi** |  |  |
| **Pracownicy usług**  **i sprzedawcy** |  |  |
| **Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy** |  |  |
| **Robotnicy przemysłowi**  **i rzemieślnicy** |  |  |
| **Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń** |  |  |
| **Pracownicy wykonujący prace proste** |  |  |
| **Według charakteru pracy** | **Osoby wykonujące pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze** |  |  |
| **W tym osoby mogące to udokumentować** |  |  |

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku:**   1. **nie zalegam/ zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych; 2. **nie posiadam/ posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych; 3. **nie toczy się/ toczy się\*** w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację; 4. **nie posiadam/ posiadam\*** innych zaległości podatkowych; 5. **nie byłem/ byłem\*** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku karany(a) za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997r. – Kodeks karny, lub ustawy z dnia 28.10.2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary; 6. **jestem/ nie jestem**\* beneficjentem lub potencjalnym beneficjentem pomocy publicznej \*\* w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej; 7. **nie otrzymałem/ otrzymałem/ nie dotyczy\*** pomoc publiczną na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuję; 8. **nie spełniam/ spełniam/ nie dotyczy\*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis; 9. **nie spełniam/ spełniam/ nie dotyczy\*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis  w sektorze rolnym; 10. **nie pozostaję/ pozostaję/ nie dotyczy\*** w powiązaniu z inną jednostką gospodarczą;\*\*\* 11. zobowiązuję się do złożenia w dniu zawarcia umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy otrzymam taką pomoc/  nie dotyczy. 12. **znajduję się / nie znajduję się\*** w grupie podmiotów, jak również **jestem /nie jestem\*** powiązany osobiście, organizacyjnie, gospodarczo, finansowo z osobami i podmiotami, wykazanymi na Liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne - prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w ustawie z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ~~;~~ 13. **znajduję się / nie znajduję się**\* w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom. 14. informacje podane we wniosku są aktualne i zgodne z prawdą.     \* Niepotrzebne skreślić  \*\* Przez „**beneficjenta pomocy**” - należy rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność  w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania. Za beneficjenta pomocy publicznej uznaje się podmiot, który już otrzymał pomoc publiczną lub potencjalnie może ją otrzymać.  \*\*\***„Powiązanie z inną jednostką gospodarczą” oznacza spełnienie co najmniej jednego z** warunków określonych w definicji „jednego przedsiębiorstwa” - w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis lub art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r.  w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym. |

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

Miejscowość, data, pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

*(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)*

**ZAŁĄCZNIKI:**

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopie dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

* W przypadku powiatu lub gminy wnioskodawca składa:

- kserokopię dokumentu potwierdzającego wybór starosty, prezydenta, burmistrza lub wójta lub kserokopię dokumentu upoważniającego do złożenia wniosku i zawarcia umowy przez osobę, która działa w imieniu starosty, prezydenta, burmistrza lub wójta;

* W przypadku jednostek organizacyjnych powiatu lub gminy wnioskodawca składa:

- wyciąg z aktu określającego osobowość prawną jednostki (statut, regulamin) w zakresie regulującym zasady reprezentacji jednostki i zasady zaciągania przez tą jednostkę zobowiązań finansowych;

- akt powołania dyrektora jednostki;

- kserokopię dokumentu upoważniającego osobę do działania i zaciągania zobowiązań finansowych (dotyczy jednostek nieposiadających osobowości prawnej);

* W przypadku spółek prawa cywilnego - kserokopię umowy spółki;
* W przypadku organizacji pozarządowych KRS i statut, a w przypadku braku wpisu do KRS – regon i statut.

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (wypełniają pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej).
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych (wypełniają pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej).
3. Formularz ofertowy wypełniony przez realizatora kształcenia ustawicznego i podpisany przez osobę upoważnioną, według wzoru urzędu
4. Program kształcenia lub zakres egzaminu
5. Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego
6. Formularz ofertowy lub wydruk ze strony internetowej minimum dwóch oferentów proponujących podobną usługę zawierający dane wskazane we wniosku w części C1/C2/C3 - o ile są dostępne na rynku.

**POUCZENIE:**

1. Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako odrębne załączniki do wniosku.
2. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.
3. Dzienniki ustaw podstaw prawnych powołanych we wniosku znajdują się w zasadach.
4. Na jedno kształcenie ustawiczne wypełniany jest jeden wniosek. W przypadku kilku szkoleń lub kursów lub studiów podyplomowych składamy odrębne wnioski.
5. W przypadku ubiegania się o środki z KFS w zakresie:
   * „Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego” – załączyć tylko część C1 (nie załączać C2, C3, C4, C5);
   * „Kurs/ szkolenie/ studia podyplomowe” – załączyć tylko część C2 (nie załączać C1, C3, C4, C5) itd.
6. W przypadku ubiegania się o środki z KFS dla kilku pracowników należy załącznik „Informacje o osobach kierowanych na kształcenie ustawiczne” (część D) pobrać ze strony internetowej urzędu www.pabianice.praca.gov.pl w potrzebnej ilości egzemplarzy i załączyć do powyższego wniosku.

**UWAGA!** wypełniając ten załącznik należy pamiętać by nie wpisywać danych osobowych w postaci „imienia i nazwiska”

1. Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Mikroprzedsiębiorstwo**, to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1)zatrudniało średniorocznie mniej niż 10 pracowników w przeliczeniu na pełen etat oraz 2) osiągnęło roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzanego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.

   **W przypadku mikroprzedsiębiorstw finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego może wynieść 100% tych kosztów, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, w pozostałych przypadkach – 80 %.** [↑](#footnote-ref-2)