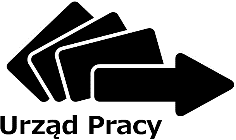
**Załącznik nr 1 do Zasad przyznawania środków na **kształcenie ustawiczne**

**pracowników i Pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**…………………………………………………. …………………………dn………………..2018 r.**

**Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy**

**Powiatowy Urząd Pracy w Bochni**

**WNIOSEK PRACODAWCY**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i Pracodawców.**

**Podstawa prawna:**

* art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.),
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2016r. poz. 1808 z późn. zm.),
* rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014r. poz. 639 z późn. zm.),
* rozporządzenie 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 z 24.12.2013, str. 1),
* rozporządzenie 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 z 24.12.2013, str. 9).
* art. 104 – 106 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004r. (Dz. U. z 2017r. poz. 2168 z późn. zm.).

I**nformacja:**

* Wniosek należy wypełnić czytelnie.
* Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez Wnioskodawcę.
* Każda pozycja we wniosku musi być wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy należy wpisać „nie dotyczy”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY.** | | | | |
| * 1. Pełna nazwa Pracodawcy. |  | | | |
| * 1. Adres siedziby Wnioskodawcy i miejsce prowadzenia działalności. |  | | | |
| * 1. Forma prawna działalności (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, sp. z o.o., spółka jawna, spółka komandytowa, spółka akcyjna). |  | | | |
| * 1. Telefon. |  | | | |
| * 1. Numer identyfikacyjny REGON. |  | | | |
| * 1. Numer identyfikacji podatkowej NIP. |  | | | |
| * 1. Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej. |  | | | |
| * 1. Numer działalności gospodarczej według PKD (**przeważającego rodzaju).** |  | | | |
| 1.9 Wielkość przedsiębiorstwa\* (jeśli dotyczy):   * mikroprzedsiębiorca (mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwa, które zatrudniają\*\* mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO\*\*\*). * mały przedsiębiorca (małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwa, które zatrudniają\*\* mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO\*\*\*). * średni przedsiębiorca ( średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwa, które zatrudniają\*\* mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EURO\*\*\* lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO\*\*\*). * inny przedsiębiorca.\*   \* właściwe zaznaczyć;  \*\* średniorocznie;  \*\*\* netto. | | | | |
| * 1. Liczba zatrudnionych pracowników.   Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 Kodeksu Pracy). |  | | | |
| * 1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy i  podpisania wnioskowanej umowy oraz zajmowane stanowisko.   (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem). |  | | | |
| * 1. **OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY.** | | | | |
| 2.1 Imię i nazwisko oraz zajmowane  stanowisko. |  | | | |
| 2.2 Telefon oraz adres poczty elektronicznej (email): |  | | | |
| * 1. **POZOSTAŁE INFORMACJE.** | | | | |
| 3.1 Wnioskowana wysokość środków z KFS:  Pracodawca może wnioskować o środki z KFS w wysokości:  **- 80% kosztów kształcenia ustawicznego,** nie więcej jednak niż **6 000 zł** w danym roku na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż ½ etatu (pracodawca w ramach wkładu własnego pokrywa 20% kosztów kształcenia ustawicznego).  **- 100%**  **kosztów kształcenia ustawicznego w przypadku mikroprzedsiębiorstw,** nie więcej jednak niż **6 000 zł** w danym roku na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż ½ etatu.  Maksymalna kwota dofinansowania dla jednego pracodawcy w roku 2018 nie może być wyższa niż:   * 1. w przypadku mikroprzedsiębiorców **20 000 zł,**   2. w przypadku pozostałych pracodawców **35 000 zł.** | | | |  |
| 3.2 Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | | | |  |
| 3.3. Całkowita wysokość wydatków (Suma 3.1 i 3.2) | | | |  |
| 3.4 Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy.  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  **UWAGA! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania środków KFS muszą one zostać przekazane realizatorowi działań ze wskazanego wyżej konta.** | | | | |
| 3.5 Łączna liczba osób objętych kształceniem ustawicznym. Należy w odpowiedniej rubryce podać liczbę Pracodawców oraz liczbę pracowników). | | | | |
| Grupa wiekowa. | Liczba Pracodawców | Liczba pracowników | | |
| ogółem | w tym kobiety | |
| 15 – 24 |  |  |  | |
| 25 - 34 |  |  |  | |
| 35 - 44 |  |  |  | |
| 45 i więcej |  |  |  | |
| Ogółem: |  |  |  | |

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

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)

* 1. 4. Działania do realizacji ze środków KFS wskazane przez pracodawcę na rzecz kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników1

**UWAGA !!! Dla każdego KANDYDATA planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym należy wypełnić odrębnie poniższą tabelę.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KANDYDAT NR:………….**  **(należy podać liczbę porządkową dla każdego kandydata odrębnie tj. 1, 2, 3…)** | **Dane dotyczące kandydata planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Planowane do poniesienia ogółem koszty w poszczególnych działaniach dla kandydata.1** | | | | | | |
| pracodawca | | | pracownik | | | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | rodzaj umowy o pracę 2  oraz  wymiar etatu  (np. 1/1, ¾ itp. jednakże nie mniej niż ½) | okres zatrudnienia  (od….do…)3 | | | | zajmowane  stanowisko | wykształcenie | | | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS 4** | | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | | | | **Całkowita**  **wysokość wydatków na wsparcia w zł** |
| K | M | | K | | M |
| **Wyszczególnienie działań**  **(dla 1 kandydata)** |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  | | | |  |
| **1.1. Kursy / szkolenia do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**  Nazwa kursu / szkolenia  …………………………………………………..…………………………………….………………….…….  ………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………….  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………..……………….  Liczba godzin szkolenia:…………………………………………………..………………………………… | | | | | | | | | | | 1.1.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego…………………………………………..…………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………...  1.1.2. Posiadanie przez ww. realizatora usługi kształcenia ustawicznego aktualnych certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu.  1.1.3. Czy w publicznych rejestrach elektronicznych dostępna jest informacja dotycząca prowadzenia przez ww. realizatora pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego tj. posiadanie przez ww. realizatora kształcenia ustawicznego numeru ewidencji PKD zaczynającego się od numeru 85.  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wskazać rejestr, w którym jest dostępna………………………………………………………………………………………………………………………………  Jeżeli NIE należy przedłożyć stosowne dokumenty, na podstawie których ww. realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.4. Koszt kursu / szkolenia: | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 1.1.) .** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 1.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 1.1.).** | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | |
| **1.2. Kursy / szkolenia do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**  Nazwa kursu / szkolenia …………………………………………………..………………………………………………………..…….  ………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………….  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………..……………….  Liczba godzin szkolenia:…………………………………………………..………………………………… | | | | | | | | | | | 1.2.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………..…………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………...  1.2.2. Posiadanie przez ww. realizatora usługi kształcenia ustawicznego aktualnych certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu.  1.2.3. Czy w publicznych rejestrach elektronicznych dostępna jest informacja dotycząca prowadzenia przez ww. realizatora pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego tj. posiadanie przez ww. realizatora kształcenia ustawicznego numeru ewidencji PKD zaczynającego się od numeru 85.  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wskazać rejestr, w którym jest dostępna………………………………………………………………………………………………………………………………  Jeżeli NIE należy przedłożyć stosowne dokumenty, na podstawie których ww. realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.4. Koszt kursu / szkolenia: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 1.2.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 1.2.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 1.2.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **1.3. Kursy / szkolenia do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**  Nazwa kursu / szkolenia  …………………………………………………..…………………………………….………………….…….  ………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………….  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………..……………….  Liczba godzin szkolenia:…………………………………………………..………………………………… | | | | | | | | | | | 1.3.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………..…………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………...  1.3.2. Posiadanie przez ww. realizatora usługi kształcenia ustawicznego aktualnych certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu.  1.3.3. Czy w publicznych rejestrach elektronicznych dostępna jest informacja dotycząca prowadzenia przez ww. realizatora pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego tj. posiadanie przez ww. realizatora kształcenia ustawicznego numeru ewidencji PKD zaczynającego się od numeru 85.  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wskazać rejestr, w którym jest dostępna………………………………………………………………………………………………………………………………  Jeżeli NIE należy przedłożyć stosowne dokumenty, na podstawie których ww. realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.4. Koszt kursu / szkolenia: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 1.3.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 1.3.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 1.3.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **2.1. Studia podyplomowe do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą**  Nazwa studiów podyplomowych …………………………………………………..…………………………………….………………….…….  ………………………………………………………………………………………………………………….  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………………………..  Liczba godzin zajęć:……………………………………..…………………………………..………………. | | | | | | | | | | | 2.1.1.Nazwa NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………..………..……………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………...  2.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.3. Koszt studiów  podyplomowych : | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 2.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 2.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 2.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **3.1 . Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:**  Nazwa egzaminu……………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………………………..  Liczba godzin ………………………………….…………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | 3.1.1.Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego…………………………………………………………………………………………..………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  3.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości) :  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.3. Koszt egzaminu: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 3.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 3.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 3.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **4.1 Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:**  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) ………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | 4.1.1.Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego…………………………………………..……………………………………………………………….  ……………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..  4.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), lub inny znak jakości) :  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.3. Koszt  badań lekarskich | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 4.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 4.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 4.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **5.1 Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem:**  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) ………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | 5.1.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………………………….…..……………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..  5.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), lub inny znak jakości) :  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1.3. Koszt ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 5.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 5.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 5.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **6.1 Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:**  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………………………..  Liczba godzin………….. ……………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | * + 1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………..……………………………………………   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  6.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), lub inny znak jakości) :  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.3. Koszt określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 5.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 5.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 5.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **UWAGA !!! Należy wypełnić jeden z poniższych punktów odpowiednio dla:**  **- pkt 7a - ubiegania się o środki z limitu podstawowego KFS,**  **- pkt 7b - ubiegania się o środki rezerwy KFS.**  **7a. Priorytety wydatkowania dla środków z limitu podstawowego KFS w roku 2018, w których wnioskodawca planuje objąć kierowaną osobę (należy wskazać jeden z priorytetów):**  **7.1 wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanym w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych: □ TAK □ NIE**  Jeżeli Tak należy wpisać nazwę zawodu zgodnie z opracowanym najbardziej aktualnym dla **powiatu bocheńskiego** **barometrem zawodów deficytowych** ([www.barometrzawodow.pl](http://www.barometrzawodow.pl))**:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **7.2** wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy: **□ TAK □ NIE**  Wnioskodawca, który chce ubiegać się o środki KFS z priorytetu, o którym mowa w pkt 7 ppkt 7.2 powinien udowodnić, iż:  - w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku zostały zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź były wdrożone nowe technologie i systemy (należy przedłożyć do wniosku kserokopię za zgodność z oryginałem np. dokumentu zakupu, decyzji o wprowadzeniu norm ISO) ……………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………….(należy wskazać nazwę przedłożonego dokumentu),  - w ciągu 3 miesięcy po jego złożeniu zostały/ zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy……………………………………………………………………………………………………………………………………... (należy wskazać jakie?)  a pracownicy objęci kształceniem ustawicznym będę wykonywać nowe zadania związane z prowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmian.    **7.3** 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:  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli Tak należy wypełnić oświadczenie będące załącznikiem nr 10 do niniejszego wniosku. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7b. Priorytety wydatkowania dla środków rezerwy KFS w roku 2018, w których wnioskodawca planuje objąć kierowaną osobę (należy wskazać jeden z priorytetów):**  **7.1 wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanym w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych: □ TAK □ NIE**  Jeżeli Tak należy wpisać nazwę zawodu zgodnie z opracowanym najbardziej aktualnym dla **powiatu bocheńskiego lub województwa małopolskiego barometrem zawodów deficytowych** ([www.barometrzawodow.pl](http://www.barometrzawodow.pl)) :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  7.2 wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia: **□ TAK □ NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym korzystała z kształcenia ustawicznego z KFS w bieżącym roku?** | | | **□ TAK** (*jeśli tak, proszę wskazać wysokość wsparcia*)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………  **□ NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.1 Uzasadnienie do każdej z wymienionych form wsparcia odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS.** | | | **Pozycja** | | **Uzasadnienie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9.2 Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS (krótki opis uzasadniający wybór realizatora kształcenia ustawicznego: instytucji szkoleniowej , placówki medycyny pracy, firmy ubezpieczeniowej itd.) .** | | | **Pozycja** | | **Uzasadnienie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku.5** | | | **Pozycja** | | **Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | | | | | | | | | | **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego oraz NIP** | | | | | | **Liczba godzin** | | | | **Cena** | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| **11. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS, w przypadku Pracodawcy objętego kształcenie ustawicznym należy podać informację o planach dotyczących działania firmy w przyszłości.** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**1 Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego nie obejmuje kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz kosztów delegacji.**

**2 Zgodnie z art. 2 Kodeksu Pracy, pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.**

**3 W przypadku, gdy wnioskodawca kieruje na kształcenie ustawiczne pracownika, któremu umowa kończy się w trakcie tego kształcenia należy dołączyć oświadczenie pracodawcy, że umowa zostanie przedłużona, co najmniej do momentu zakończenia kształcenia.**

**4 Na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, Urząd może przyznać środki z KFS na sfinansowanie kosztów, w wysokości 80% tych kosztów, nie więcej jednak niż 6 000 zł w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 6 000 zł w danym roku na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż ½ etatu.**

**5 Należy wskazać do każdej z usług kształcenia ustawicznego, o które się ubiega wnioskodawca min. 1 porównanie cenowe podobnych usług oferowanych na rynku , o ile są dostępne.**

................................................................. ....................................................................................................

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)

**Załącznik nr 1** do wniosku**.**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat” oświadczam, że:

**\* niewłaściwe skreślić**

1. **spełniam - nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2014 r. poz. 639 z późn. zm.).
2. **zostałem - nie zostałem\*** w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem – nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
3. **byłem - nie byłem\*** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2017r. poz. 2204 z późn.zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. z 2016 r. poz. 1541).
4. **prowadzę- nie prowadzę**\* działalność gospodarczą niezależnie od jej formy prawnej i sposobu finansowania, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.
5. **jestem - nie jestem**\*beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. 2016 r. poz. 1808) oraz zgodnie z przepisami prawa wspólnotowego.
6. **wnioskuje - nie wnioskuje**\* o udzielenie pomocy de minimis i **spełniam - nie spełniam- nie dotyczy**\* warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)
7. **wnioskuje - nie wnioskuje\*** o udzielenie pomocy de minimis w rolnictwie i **spełniam - nie spełniam- nie dotyczy**\* warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. )
8. **wnioskuje - nie wnioskuje**\* o udzielenie pomocy de minimis w rybołówstwie i akwakulturze i **spełniam - nie spełniam- nie dotyczy**\* warunki, o których mowa rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 28.06.2014r.)
9. **otrzymałem - nie otrzymałem\*** decyzję Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
10. **zatrudniam- nie zatrudniam**\* w dniu złożenia wniosku co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, oraz umowy o prace nakładczą). Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi:…….....................................**
11. **przysługuje- nie przysługuje\*** mi prawo odzyskania podatku naliczonego lub obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego zawartego we wskazanych wydatkach.
12. Dane zawarte w Krajowym Rejestrze Sądowym udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/nie dotyczy\***
13. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/nie dotyczy\***

**Ponadto oświadczam co następuje:**

1. Koszt kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w 2018 roku nie przekroczy 6 000 zł na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż **½ etatu.**
2. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc publiczną de minimis.
3. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego wskazana we wniosku obejmuje **wyłącznie należność dla instytucji szkoleniowej realizującej szkolenie** (nie obejmuje dodatkowych kosztów w związku z realizowanym kształceniem takich jak np. wyżywienie, zakwaterowanie, koszt dojazdu na szkolenie, koszt delegacji).
4. Oświadczam, że utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków, którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia ostatniej formy wsparcia.
5. Nie zamierzam samodzielnie realizować usługi edukacyjne dla własnych pracowników.
6. Zapoznałem się z art. 69a i 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. (tj. Dz.U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2014 r. poz. 639 z późn. zm.) i innymi przepisami prawa w zakresie udzielania pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie i rybołówstwie i jestem świadomy obowiązków z nich wynikających.
7. Zapoznałem się z Zasadami przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
8. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych przez urząd pracy w Bochni, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 992 z póżn.).
9. Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

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

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)

**Załącznik nr 2**  do wniosku.

.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis**

**oraz innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.**

Ja niżej podpisany/a

/imię i nazwisko/

reprezentujący

/oznaczenie Wnioskodawcy/

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat” .

1.Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy, w którym ubiegam się o pomoc oraz w poprzedzających go 2 lat podatkowych **otrzymałem - nie otrzymałem1** pomoc de minimis**2**,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy.** | **Dzień/ miesiąc/ rok udzielenia pomocy.** | **Wartość pomocy**  **brutto:** | |
| **PLN** | **EURO** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **Suma udzielonej pomocy:** | | |  |  |

**Informacja o udzielonej pomocy de minimis /wypełnić w przypadku otrzymania pomocy/.**

1. Oświadczam, że **otrzymałem - nie otrzymałem1** inną pomoc w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy.** | **Dzień/ miesiąc/ rok udzielenia pomocy.** | **Wartość pomocy**  **brutto:** | |
| **PLN** | **EURO** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **Suma udzielonej pomocy:** | | |  |  |

**W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych należy wypełnić poniższą tabelę.**

**…...................................... …………………………………………......................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu).

niepotrzebne skreślić

**2** do przedstawionej pomocy de minimis należy zaliczyć również pomoc de minimis uzyskaną zgodnie z definicją pojęcia jednego przedsiębiorstwa tzw. "jedno przedsiębiorstwo" obejmuje wszystkie jednostki gospodarcze, które są ze sobą powiązane co najmniej jednym z następujących stosunków:

a) jedna jednostka gospodarcza posiada w drugiej jednostce gospodarczej większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków;

b) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innej jednostki gospodarczej;

c) jedna jednostka gospodarcza ma prawo wywierać dominujący wpływ na inną jednostkę gospodarczą zgodnie z umową zawartą z tą jednostką lub postanowieniami w jej akcie założycielskim lub umowie spółki;

d) jedna jednostka gospodarcza, która jest akcjonariuszem lub wspólnikiem w innej jednostce gospodarczej lub jej członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tej jednostki, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tej jednostki.

Jednostki gospodarcze pozostające w jakimkolwiek ze stosunków, o których mowa w pkt a-d, za pośrednictwem jednej innej jednostki gospodarczej lub kilku innych jednostek gospodarczych również są uznawane za jedno przedsiębiorstwo.

**Załącznik nr 3**  do wniosku

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie oraz informacji  
o otrzymanej innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.**

Ja niżej podpisany/a **\***

/imię i nazwisko/

reprezentujący

/oznaczenie Wnioskodawcy/

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat”

1.Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu poprzedzających go 2 lat podatkowych **otrzymałem - nie otrzymałem\*\*** pomoc de minimis w rolnictwie.

Informacja o udzielonej pomocy publicznej de minimis /wypełnić w przypadku otrzymania pomocy/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM: | |  |  |

1. Informuję, że **otrzymałem - nie otrzymałem\*\*** inną pomoc w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych.

W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych należy wypełnić poniższą tabele.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM: | |  |  |

**\* jeżeli nie dotyczy wpisać – *NIE DOTYCZY***

**\*\* niewłaściwe skreślić**

**…………………………… ………………………………………………………………..**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)

**Załącznik nr 4** do wniosku.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rybołówstwie i akwakulturze oraz informacji o otrzymanej innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.**

Ja niżej podpisany/a**\***

/imię i nazwisko/

reprezentujący

/oznaczenie Wnioskodawcy/

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat”

1.Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy, w którym ubiegam się o pomoc, oraz w ciągu poprzedzających go 2 lat podatkowych **otrzymałem - nie otrzymałem\*\*** pomoc de minimis w rybołówstwie i akwakulturze.

Informacja o udzielonej pomocy publicznej de minimis /wypełnić w przypadku otrzymania pomocy/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM: | |  |  |

***2.*** Informuję, że **otrzymałem - nie otrzymałem\*\*** inną pomoc w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych

W przypadku otrzymania innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych należy wypełnić poniższą tabele.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| RAZEM: | |  |  |

**\* jeżeli nie dotyczy wpisać – *NIE DOTYCZY***

**\*\* niewłaściwe skreślić**

**…......................... ………………………………………….............................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu.)

**Załącznik nr 6** do wniosku

# PROGRAM SZKOLENIA/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/ ZAKRES EGZAMINU\*

1. Nazwa kształcenia ustawicznego:

....................................................................................................................................................

1. Nazwa NIP i adres realizatora kształcenia ustawicznego :

....................................................................................................................................................

1. Miejsce przeprowadzenia kształcenia ustawicznego (dokładny adres):

....................................................................................................................................................

1. Cele kształcenia ustawicznego ujęte w kategoriach efektów uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych:

..................................................................................................................................................

1. Plan nauczania określający tematy/moduły kształcenia ustawicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Tematy/moduły kształcenia ustawicznego.** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego (należy podać nazwę np. zaświadczenie MEN, zaświadczenie, certyfikat, itd.).

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

**\* niewłaściwe skreślić oraz wypełnić odrębnie dla każdego kształcenia ustawicznego tj. szkolenia/kursu, studiów podyplomowych, zakresu egzaminu.**

**…......................... ………………………………………….............................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu.)

**Załącznik nr 7** do wniosku

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**o spełnieniu kryterium mikroprzedsiębiorstwa**

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat”

1. Oświadczam, że **jestem/nie jestem\*** mikroprzedsiębiorstwem **i spełniam/ nie spełniam\*** kryteria mikroprzedsiębiorstwa określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis (* Dz. Urz. UE L352 z 24.12.2013, str. 1) **zgodnie z którym:**

- **mikroprzedsiębiorstwo** definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EU.

1. Liczba osób zatrudnionych obliczona zgodnie z metodologią wynikającą z załącznika I do Rozporządzenia Komisji ( UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r., uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu ( Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.) **wynosi …………………. osób.**

**\*niepotrzebne skreślić**

**…......................... ………………………………………….............................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu.)

**Załącznik nr 8** do wniosku

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat” .

**Ja niżej podpisany(a)…………………………………………………………………………………**

Oświadczam, że **jesteśmy/ nie jesteśmy\*** powiązani kapitałowo lub osobowo z instytucją szkoleniowa wskazaną we wniosku do realizacji poszczególnych działań.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 5 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

**\*niepotrzebne skreślić**

**…......................... ………………………………………….............................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu.)

**Załącznik nr 9** do wniosku

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**o objęciu/nieobjęciu kształceniem ustawicznym wskazanych we wniosku osób w innych Powiatowych Urzędach Pracy**

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat”

Oświadczam, że:

Osoby wskazane we wniosku złożonym w tutejszym Urzędzie jako planowane do objęcia kształceniem ustawicznym **są/nie są\*** wskazane w innym wniosku o przyznanie środków z KFS składanym do innego właściwego Urzędu ze względu na siedzibę pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej.

Jeżeli są należy wskazać do jakiego Urzędu…………………………………………oraz wysokości wnioskowanego wsparcia ……………………………………………………………………………….....

**\*niepotrzebne skreślić**

**…......................... ………………………………………….............................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu.)

**Załącznik nr 10** do wniosku

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**dotyczące priorytetu III\***

świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy – zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do 3 lat”

Oświadczam, że:

Pracownicy wymienienie w poniższej tabeli posiadają udokumentowane wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i nie przysługuje mi prawo do emerytury pomostowej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kandydat | Prace w szczególnych warunkach należy wpisać rodzaj prac zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ustawy o emeryturach .pomostowych (Dz. U. 2015 poz. 965 z późn. zm.) | Prace o szczególnym charakterze należy wpisać rodzaj prac zgodnie z załącznikiem nr 2 do Ustawy o emeryturach pomostowych (Dz. U. 2015 poz. 965 z późn. zm.) | Okres wykonywania prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze od – do (dd/mm/rrrr) |
| 1. | Kandydat nr…. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

**\* jeżeli nie dotyczy wpisać – *NIE DOTYCZY***

**…......................... ………………………………………….............................**

(Data) (Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu.)

**Wymagane załączniki:**

**Uwaga: Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Niewłaściwe**  **skreślić** | **Jeżeli załączony wstawić znak X** |
| 1) | Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego - **załącznik nr 1,** | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 2) | Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzających go dwóch lat podatkowych przed złożeniem wniosku, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie, oraz informacji o otrzymaniu innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą - **załącznik nr 2**  W przypadku prowadzenia przez wnioskodawcę innej działalności gospodarczej ( w tym w ramach grupy powiązanych jednostek gospodarczych) należy złożyć również powyższe oświadczenie w ramach tych działalności. W przypadku gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna powyższe oświadczenia składa każdy ze Wspólników, | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 3) | Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzających go dwóch lat podatkowych przed złożeniem wniosku albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie oraz informacji o otrzymaniu innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą - **załącznik nr 3**  W przypadku prowadzenia przez wnioskodawcę innej działalności gospodarczej ( w tym w ramach grupy powiązanych jednostek gospodarczych) należy złożyć również powyższe oświadczenie w ramach tych działalności. W przypadku gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna powyższe oświadczenia składa każdy ze Wspólników, | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 4) | Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rybołówstwie i akwakulturze w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy oraz poprzedzających go dwóch lat podatkowych przed złożeniem wniosku albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie oraz informacji o otrzymaniu innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą - **załącznik nr 4**  W przypadku prowadzenia przez wnioskodawcę innej działalności gospodarczej ( w tym w ramach grupy powiązanych jednostek gospodarczych) należy złożyć również powyższe oświadczenie w ramach tych działalności. W przypadku gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna powyższe oświadczenia składa każdy ze Wspólników, | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 5) | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się **o pomoc de minimis** – **załącznik nr 5 a,** | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 6) | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się **o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie - załącznik nr 5 b,** | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 7) | Kopię dokumentu **potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności** – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. (np. umowa spółki cywilnej lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty – właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli), | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 8) | Program szkolenia/ studiów podyplomowych/zakres egzaminu,wypełnić **załącznik nr 6** do wniosku, | **dotyczy** |  |
| 9) | Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących, | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| *Niedołączenie wymaganych załączników, o których mowa w* ***pkt 2-9*** *skutkuje tym, iż wniosek* ***nie podlega rozpatrzeniu,*** | |  |  |
| 10) | Oświadczenie wnioskodawcy o spełnieniu kryterium mikroprzedsiębiorstwa- **załącznik nr 7,** | **dotyczy** |  |
| 11) | Oświadczenie wnioskodawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych- **załącznik nr 8,** | **dotyczy** |  |
| 12) | Oświadczenie wnioskodawcy o objęciu/nieobjęciu kształceniem ustawicznym wskazanych we wniosku osób w innych Powiatowych Urzędach Pracy - **załącznik nr 9,** | **dotyczy** |  |
| 13) | Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetu III - **załącznik nr 10,** | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 14) | W przypadku, gdy wnioskodawca chce ubiegać się o środki KFS z priorytetu, o którym mowa w pkt 7 ppkt. 7.2 niniejszego wniosku powinien udowodnić, iż ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku zostały zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź były wdrożone nowe technologie i systemy- należy załączyć do wniosku np. dokument zakupu, decyzji o wprowadzeniu norm ISO, | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 15) | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( w przypadku posiadania dokumentu należy przedłożyć kserokopię), | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 16) | Pełnomocnictwo do reprezentowania wnioskodawcy (dokument wymagany w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osobę/osoby nie posiadające statutowo uprawnień do reprezentowania wnioskodawcy), | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 17) | Posiadanie dokumentu, na podstawie którego realizator usługi kształcenia ustawicznego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych, | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 18) | W przypadku, gdy wnioskodawca kieruje na kształcenie ustawiczne pracownika, któremu umowa kończy się w trakcie tego kształcenia należy dołączyć oświadczenie pracodawcy, że umowa zostanie przedłużona, co najmniej do momentu zakończenia kształcenia,. | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |
| 19) | Wykaz niezbędnych dokumentów składanych przez Wnioskodawcę będącego producentem rolnym **Kserokopie:**  **-** dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do gospodarstwa rolnego np. akt własności, umowa dzierżawy  - wypis z ewidencji gruntów ze Starostwa Powiatowego  - wpisu do rejestru grup producentów rolnych – jeżeli dotyczy Wnioskodawcy  - nakazu płatniczego za bieżący rok podatkowy  - aktualne zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o prowadzeniu działów specjalnych produkcji rolnej- jeżeli dotyczy Wnioskodawcy,  - aktualne zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników. | **dotyczy/**  **nie dotyczy** |  |

Powiatowy Urząd Pracy w Bochni może żądać dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji danych zawartych we wniosku

**…………………………………………………………….**

(Pieczęć i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)