|  |
| --- |
| ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY: |
| Data wpływu: …………………………………........... |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr: …………….  |

 **REZERWA KFS 2023r.**

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS) NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

**Informacja:**

1. **Wniosek należy wypełnić czytelnie.**
2. Rozpatrywane będą tylko kompletne, wypełnione wnioski z pełnymi załącznikami natomiast wnioski wypełnione błędnie pracodawca będzie mógł poprawić w ciągu 2 tygodni.
3. Wszystkie pola we wniosku należy wypełnić poprzez udzielenie odpowiedzi lub wpisanie „nie dotyczy”.
4. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załącznik.
5. Wniosek może być złożony, jeżeli pracodawca posiada siedzibę lub prowadzi działalność na terenie powiatu łowickiego.
6. **Rozpatrywanie wniosków odbywa się według kolejności ich wpływu do urzędu.**
7. Przy rozpatrywaniu wniosków urząd weźmie pod uwagę następujące elementy:
8. zgodność dofinansowanych działań z priorytetami wydatkowania KFS,
9. potrzeby lokalnego rynku pracy,
10. koszty usługi w relacji do kosztów podobnych usług na rynku co oznacza, że we wniosku należy przedstawić uzasadnienie wyboru konkretnej formy kształcenia ustawicznego i jej realizacji przez wybranego realizatora z uwzględnieniem porównania cen podobnych ofert,
11. posiadanie przez wybranego realizatora usługi certyfikatów jakości i uprawnień do prowadzenia działalności pozaszkolnej,
12. plany pracodawcy dotyczące dalszego zatrudnienia pracowników objętych wsparciem,
13. ograniczenia finansowe w postaci pozostających do dyspozycji limitów środków KFS.

|  |
| --- |
| **Dane dotyczące pracodawcy** |
| 1. | Pełna nazwa pracodawcy |  |
| 2. | Adres siedziby pracodawcy  |  |
| 3. | Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej |  |
| 4. | Numer telefonu kontaktowego, e-mail |  |
| 5. | NIP |  |
| 6. | REGON |  |
| 7. | Rodzaj działalności gospodarczej według (PKD) |  |
| 8. | Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. | Data rozpoczęcia działalności gospodarczej (data wpisu w rejestrze KRS, CEiDG) |  |
| 10. | Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) |  |
| 11. | Imię i nazwisko osoby do kontaktów z PUP w Łowiczu |  |
| 12. | Numer telefonu kontaktowego, e-mail |  |
| 13. | Nazwa banku i numer konta bankowego pracodawcy |  |
| 14. | Liczba zatrudnionych pracowników u pracodawcy na dzień złożenia wniosku |  |
| 15. | Ilość pracowników objętych kształceniem ustawicznym (zgodnie z załącznikiem nr 3 do wniosku) |  |
| 16. | **Wskazanie, z którego priorytetu pracodawca będzie korzystał** |  |
| 17. | Wielkość przedsiębiorstwa\**\*(w myśl przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej)* |  **mikro przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub bilans (zestawienie aktywów i pasywów firmy) nie przekracza 2 milionów euro. **małe przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub bilans nie przekracza 10 milionów euro. **średnie przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub bilans nie przekracza 43 milionów euro. **pozostałe** - nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej |

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie – rodzaj wsparcia** | **Termin realizacji wsparcia** | **Liczba osób** | **Koszt ogółem** |
| **Razem** | **Kobiety** |
| Kurs / szkolenie realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą (nazwa kursu):1. …………………………………………………………
2. …………………………………………………………
3. …………………………………………………………

\*uwzględnia się wyłącznie koszt kształcenia ustawicznego, nie uwzględnia się innych kosztów, które ponosi pracodawca w związku z udziałem pracownika w kształceniu np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji, noclegów, wyżywienia itp. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą (nazwa kierunku):1. …………………………………………………………
2. …………………………………………………………
 |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:1. …………………………………………………………
2. …………………………………………………………
 |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/ lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |
| **Ogółem** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE KOSZTÓW** | **KWOTA** |
| **Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy** |  |
| **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, wyżywienia czy noclegów, itp.* |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS:**- *starosta może przyznać środki z KFS w wysokości 80% kosztów, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.* |  |
| **Średni koszt kształcenia na jednego uczestnika** |  |

**Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy ze wskazaniem i uzasadnieniem priorytetu wydatkowania środków KFS:**

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

**Dane dotyczące realizacji usługi:**

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi:

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

Nazwa i siedziba realizatora:

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

Certyfikat jakości oferowanych usług (nazwa dokumentu):

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

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

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

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

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

Nazwa kształcenia ustawicznego:

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

Liczba godziny kształcenia ustawicznego: ……………………………………………………………

Cena usługi (bez VAT)\* ………………………………………………………………………………..

*\*Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień,* ***zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane******w co najmniej 70% ze środków publicznych.***

Informacja o porównywanych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (minimum 1 oferta do analizy):

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

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

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

**Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego (proszę podkreślić i uzasadnić zaznaczoną odpowiedź):**

Tak – jakie: …………………………………………………………………………………………….

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

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

Nie

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U. z 2022r., poz. 690 z późn. zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2017r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117).
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020r. poz. 708 z późn. zm.) oraz jej przepisów wykonawczych.
4. Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku 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.).
5. Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku 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.).

**Do wniosku należy dołączyć niżej wymienione dokumenty, które stanowią jego integralną część:**

1. Załącznik nr 1 – oświadczenie wnioskodawcy (pomoc de minimis).
2. Załącznik nr 2 – **oryginał „Formularza ofertowego dla jednostki organizującej kształcenie ustawiczne” wypełniony przez instytucję szkoleniową.**
3. Załącznik nr 3 – oświadczenie wnioskodawcy.
4. Załącznik nr 4 – „Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z KFS”.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG może to być np. umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub status w przypadku stowarzyszeń, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
6. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy lub przedsiębiorcy w sposób czytelny lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
7. Dokument na podstawie, którego realizator usługi kształcenia ustawicznego prowadzi pozaszkolną działalność, certyfikaty jakości oferowanych usług (jeżeli posiada).
8. Wzór dokumentu wystawionego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego.
9. Wydruki ofert porównywalnych.

**Załącznik nr 1 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, adres zamieszkania / nazwa firmy, siedziba i adres firmy)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń, wynikających z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że:

1. **Jestem / nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30.04.2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2020. poz. 708 z późn. zm.).
2. **Otrzymałem (am) / nie otrzymałem (am)\*** w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy podać wartość otrzymanej pomocy ……………………………………… (w euro) oraz dołączyć wszystkie stosowne zaświadczenia o trzymanej pomocy.

**Beneficjenci pomocy publicznej są zobowiązaniu do wypełnienia „Formularza informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis”** – stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24.10.2014r. - wzór formularza dostępny w siedzibie Urzędu lub na stronie internetowej [lowicz.praca.gov.pl](http://www.lowicz.praca.gov.pl).

**OŚWIADCZAM również:**

1. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* z rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.12.2017r. w sprawie ogłoszenia jednolitego teksu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117).
2. Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz. 1781), wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Łowiczu dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 20.12.2017r. w sprawie przyznawania środków z KFS (tj. Dz. U. 2018 r., poz. 117). Zobowiązuję się do przechowywania oświadczeń pracowników objętych działaniami z KFS, dot. wyrażeniu zgody na przetwarzanie ich danych na w/w potrzeby przez PUP. Jednocześnie pracodawca zobowiązuje się do przechowywania tych oświadczeń przez okres przewidziany w przepisach o ochronie danych osobowych.
3. Zapoznałem/am się z treścią „Klauzul informacyjnych RODO” umieszczonych na stronie PUP w Łowiczu pod adresem http://www.lowicz.praca.gov.pl.
4. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w do pomocy de minimis w sektorze rolnym ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
5. Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.
6. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Łowiczu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie dostępny w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łowiczu (pok. 5, pok. 6 parter) lub na stronie internetowej [lowicz.praca.gov.pl](http://www.lowicz.praca.gov.pl).

……………………………… …………………………….………….

 (data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy)

\*podkreślić właściwe

 .

**Załącznik nr 2 do wniosku**

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

 Pieczątka jednostki organizującej (miejscowość i data)

 kształcenie ustawiczne

**Formularz ofertowy dla jednostki organizującej kształcenie ustawiczne**

1. **DANE DOTYCZĄCE JEDNOSTKI ORGANIZUJĄCEJ KSZTAŁCENIE**
2. Nazwa jednostki: ................................................................................................................................

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

1. Adres: …………………………………………………………………………………………….....

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

1. Nr telefonu/ fax/ e-mail: ……………………....................................................................................
2. Osoba upoważniona do reprezentowania jednostki: ………………………………………………. ……………………………………………………………………….…..…………………….……
3. NIP ………………………………………………………………………………...………………..
4. REGON …………………………………………………………………..………………………...
5. PKD/EKD (należy dołączyć dokument na podstawie, którego realizator usługi kształcenia ustawicznego prowadzi pozaszkolną działalność) …………………………………...……………............................................................
6. Certyfikaty jakości oferowanych usług (należy wpisać nazwę i dołączyć dokument) …………………………

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

1. **DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA**
2. Forma kształcenia (należy wpisać rodzaj np. kurs (stacjonarny, on-line) / studia podyplomowe itp.):

………………………………………………………………………………………………

1. Kierunek/nazwa …………………………………………………………..………………………..

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

1. Termin realizacji: od ……….……………………………. do …………………………………….
2. Miejsce realizacji: ……………………………………………………………………………..……

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

1. Nabyte kwalifikacje/ rodzaj uprawnień/ typ dokumentu potwierdzającego ukończenie (należy dołączyć wzór dokumentu potwierdzającego nabyte kompetencje przez uczestnika kształcenia ustawicznego): .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Koszt jednostkowy ……………………………….…………………………..……… (bez VAT)\*

(słownie: ………………………………………………………..………………………………….)

*\*Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień,* ***zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych.***

1. **PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**
2. Nazwa i zakres: ..................................................................................................................................

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

1. Czas trwania i sposób organizacji: od ............................................. do ….........................................

a) ilość godzin ogółem: ...............................................................................................................,

b) częstotliwość zajęć (ile dni w tygodniu i po ile godzin dziennie):

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

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

c) sposób organizacji zajęć: ……………………………………………………………………….

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

1. Wymagania wstępne dla uczestników:………………………………………………………………

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

1. Plan nauczania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Temat zajęć**  | **Treść w ramach poszczególnych zajęć** | **Ilość godzin teoretycznych** | **Ilość godzin praktycznych** |
|  |  |  |  |

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

 (pieczątka i podpis osoby uprawnionej )

**Załącznik nr 3 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, adres zamieszkania / nazwa firmy, siedziba i adres firmy)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń, wynikających z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że:

Jestem / nie jestem\* powiązany pokrewieństwem lub powinowactwem ze wskazanym/nymi we „Wniosku pracodawcy o przyznanie środków z krajowego funduszu szkoleniowego (KFS) na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców” realizatorem form kształcenia ustawicznego oraz nie istnieje uzasadniona wątpliwość co do mojej bezstronności lub niezależności.

 ……………………………………..

 (data i podpis i pieczęć wnioskodawcy)

\*podkreślić właściwe

Podstawa prawna:

Dz. U. z 2021r. poz. 2345 tj. ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny art. 233 Fałszywe zeznania

**Załącznik nr 4 do wniosku**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW Z KFS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko uczestnika kształcenia ustawicznego (pracodawca/pracownik)** | **Data urodzenia – PESEL** | **Rodzaj umowy pracę** **(np. określony, nieokreślony itp.)** | **Wymiar czasu pracy** | **Okres na który jest zawarta umowa****(od – do)** | **Poziom wykształcenia** **(gimnazjalne i poniżej,** **zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształ.. średnie zawodowe, policealne, wyższe)** | **Grupa wiekowa** **15-24 lata,****25-34 lat,****35-44 lata,****45 i więcej** | **Nr priorytetu KFS w 2023r.** | **Nazwa formy kształcenia ustawicznego** **(kurs, studia, badania, egzaminy, ubezpieczenie)** | **Osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach o szczególnym charakterze****TAK/NIE\*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ważne - należy wypełnić wszystkie rubryki w tabeli dla każdej osoby.**

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

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy)