………………………..

pieczęć Pracodawcy

POWIATOWY URZĄD PRACY   
W KATOWICACH

UL. POŚPIECHA 14

40-852 KATOWICE

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS) NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY   
W 2019 ROKU**

**na podstawie:**

1. Art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2018r. poz. 1265 z póź. zm.)
2. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117)

**Pouczenie**

1. ***Wniosek wypełnia Pracodawca.***
2. ***Przed wypełnieniem wniosku Pracodawca zobowiązany jest do zapoznania się   
   z obowiązującymi w roku 2019 w Powiatowym Urzędzie Pracy w Katowicach Zasadami naboru i rozpatrywania wniosków o sfinansowanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego kosztów kształcenia ustawicznego Pracowników i Pracodawcy***
3. ***Wniosek należy wypełnić czytelnie.***
4. ***Wszystkie pola we wniosku należy wypełnić poprzez udzielenie odpowiedzi lub wpisanie „nie dotyczy”.***

OŚWIADCZENIE:

**Oświadczam, że przed wypełnieniem wniosku zapoznałem(am) się z obowiązującymi w roku 2019 w PUP – Katowice Zasadami naboru i rozpatrywania wniosków   
o sfinansowanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego kosztów kształcenia ustawicznego Pracowników i Pracodawcy zamieszczonymi na stronie internetowej** [**www.pup.katowice.pl**](http://www.pup.katowice.pl) **w zakładce „Aktualności” w ogłoszeniu o naborze wniosków.**

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

Data

*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,   
a w przypadku braku imiennej pieczątki należy   
złożyć czytelny podpis)*

1. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane dotyczące Pracodawcy** |  |
| 1. Pełna nazwa pracodawcy ( *zgodnie z dokumentem rejestrowym firmy lub innym dokumentem potwierdzającym posiadanie status pracodawcy)* |  |
| 1. Dane kontaktowe Pracodawcy: 2. Numer telefonu 3. E-mail |  |
| 1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym do Wniosku Pełnomocnictwem lub innym dokumentem potwierdzającym posiadanie status pracodawcy)* |  |
| 1. Adres siedziby Pracodawcy ( *zgodnie z dokumentem rejestrowym firmy lub innym dokumentem potwierdzającym posiadanie status pracodawcy)* |  |
| 1. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (**pełny adres**) *Jeżeli działalność prowadzona jest w więcej niż jednej miejscowości należy podać pełną listę w formacie – kod pocztowy, miejscowość, ulica, powiat/województwo* - *zgodnie z dokumentem rejestrowym firmy lub innym dokumentem potwierdzającym status pracodawcy)* |  |
| 1. Adres korespondencyjny |  |
| 1. Data rozpoczęcia działalności | 🗌🗌.🗌🗌.🗌🗌🗌🗌 |
| 1. NIP | 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌 |
| 1. REGON | 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌 |
| 1. KRS | 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌 |
| 1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności (*zgodnie z dokumentem rejestrowym lub innym dokumentem potwierdzającym status pracodawcy)* |  |
| 1. Przeważający rodzaj działalności gospodarczej według PKD 2007 | 🗌🗌.🗌🗌.🗌 |
| 1. Wielkość przedsiębiorstwa **\***   *(zgodnie z Artykułem 2, 4, 5 Załącznika I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014,str.70-72)* | * Mikroprzedsiębiorstwo * Małe przedsiębiorstwo * Średnie przedsiębiorstwo * Inne *(Proszę wpisać)*   …………………………………… |
| 1. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku.   Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U.  z 2018 r., poz. 917) pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub zatrudniona na podstawie Ustawy-Karta Nauczyciela |  |
| Dane osoby wyznaczonej przez Pracodawcę do kontaktów z PUP |  |
| * 1. Imię nazwisko   2. Numer telefonu   3. E-mail |  |

**\* mikroprzedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro

**małe przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro

**średnie przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro.

**pozostałe** - nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej.

**Wyrażone w euro wielkości, o których mowa powyżej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy.**

**Średnioroczne** **zatrudnienie** określa się w przeliczeniu na pełne etaty. Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych,

a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę.

**UWAGA:** określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów   
z nim powiązanych.

1. **WSKAZANIE DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACODAWCY I PRACOWNIKÓW Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KFS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba**  **Pracodawców** | **Liczba pracowników** | | **Razem**  **Pracowników i Pracodawców** |
| **razem** | **w tym kobiety** |
| **Według**  **form wsparcia**  **w ramach kształcenia ustawicznego** | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie od NNW w związku z podjętym kształceniem ustawicznym |  |  |  |  |
| **Według grup**  **wiekowych** | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| **Według priorytetów ustalonych przez**  **MRPiPS**  **na 2019 rok** | **Priorytet I** Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie zawodach deficytowych  *wg. Barometru zawodów w 2019r. dla miasta Katowice opublikowanego w ogłoszeniu  o naborze na stronie internetowej: www.pup.katowice oraz dostępnego pod adresem:*  <https://barometrzawodow.pl/userfiles/Barometr/2019/slaskie/BAROMETR_ZAWODOW_wojewodztwo_slaskie_2019_Katowice.pdf>  ***Celem potwierdzenia spełniania I Priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy – Załącznik A*** |  |  |  |  |
| **Priorytet II** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości  *Dotyczy pracowników, którzy nie uzyskali świadectwa dojrzałości (maturalnego)tj. posiadają wykształcenie maksymalnie średnie bez egzaminu dojrzałości.*  ***Celem potwierdzenia spełniania II Priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy – Załącznik B*** |  |  |  |  |
| **Priorytet III** Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS\*, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup, o których mowa w art. 4 ust 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej.  *Dotyczy pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:*  *- którzy przed podjęciem zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym lub spółdzielni socjalnej spełniali określone przesłanki wskazane w § 3 Zasad*  *- oraz zatrudnionych w Zakładach Aktywności Zawodowej*  O środki KFS z tego Priorytetu mogą ubiegać się:  a/Przedsiębiorstwa społeczne wpisane na  listę przedsiębiorstw społecznych, lista\* dostępna jest pod adresem: [www.ekonomiaspoleczna.gov.pl/lista,przedsiebiorstw,spolecznych,4069.html](http://www.ekonomiaspoleczna.gov.pl/lista,przedsiebiorstw,spolecznych,4069.html)  b/Spółdzielnie socjalne wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego lub w przypadku posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego ujęte na ww. liście MRPiPS  c/ Zakłady Aktywności Zawodowej – posiadające statusu ZAZ na podstawie decyzji wojewody.  ***Celem potwierdzenia spełniania* III *Priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy – Załącznik C*** |  |  |  |  |
| **Priorytet IV**  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.  *Dotyczy osób pracujących w warunkach niszczących zdrowie w szczególności tych, które nie mają prawa do emerytury pomostowej.*  Wykaz prac w szczególnych warunkach stanowi Załącznik nr 1, a prac o szczególnym charakterze Załącznik nr 2 Ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych. (Dz. U. 2018r. poz. 1924.)  ***Celem potwierdzenia spełniania IV Priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy – Załącznik D*** |  |  |  |  |
| **Priorytet V** Wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu.  Dotyczy możliwości sfinansowania:   1. Obowiązkowych szkoleń branżowych nauczycieli teoretycznych przedmiotów zawodowych i nauczycieli praktycznej nauki zawodu zatrudnionych w publicznych szkołach prowadzących kształcenie zawodowe oraz publicznych placówkach kształcenia ustawicznego i w publicznych centrach kształcenia zawodowego, 2. Szkoleń(nieobowiązkowych) dla nauczycieli innych niż nauczyciele zawodu zatrudnionych w szkołach publicznych i niepublicznych, pod warunkiem, że przekwalifikowanie bądź zdobycie nowych uprawnień czy umiejętności pozwoli na pozostanie danego nauczyciela w dotychczasowym zawodzie.   Z dofinansowania w ramach ww. Priorytetu mogą korzystać nauczyciele zatrudnieni na podstawie ustawy Karta Nauczyciela, jak i na podstawie innych umów pozwalających na zachowanie statusu pracownika zgodnie z Kodeksem pracy.  ***Celem potwierdzenia spełniania V Priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy – Załącznik E*** |  |  |  |  |
| **Priorytet VI** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.  Dotyczy osób, które ukończyły 45 rok życia według stanu na dzień składania wniosku.  ***Celem potwierdzenia spełniania VI Priorytetu należy przedłożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy – Załącznik F*** |  |  |  |  |
| Liczba osób ogółem do objęcia w/w formami wsparcia. ***(Jedna osoba powinna być wykazana jeden raz niezależnie od liczby form wsparcia którymi ma zostać objęta)*** | |  |  |  |  |

1. **FORMY WSPARCIA ZAPLANOWANE DO SFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW KFS (C1 do C6 wniosku) :**

**C.1** **Kursy *(należy dołączyć załączniki nr 5 i 6 do wniosku, które wypełnia Realizator oddzielnie dla każdego kursu )***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa kursu** | **Termin realizacji**  **kursu (od - do)** | **Nazwa  i adres siedziby wybranego Realizatora** | **Miejsce realizacji**  **kursu**  **(adres)** | **Koszt kursu dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych kursem** | **Całkowita wysokość wydatków na realizację kursu w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  |  |  |

**C.2 Studia Podyplomowe *(należy dołączyć załącznik nr 5 do wniosku oddzielnie dla każdego kierunku studiów oraz program studiów, sporządzony przez Realizatora)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa studiów podyplomowych** | **Termin realizacji**  **studiów (od - do)** | **Nazwa  i adres siedziby wybranego Realizatora** | **Miejsce realizacji**  **studiów**  **podyplomowych**  **(adres)** | **Koszt studiów dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych studiami podyplomowymi** | **Całkowita wysokość wydatków na realizację studiów w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę  w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  |  |  |  |

**C.3 Egzamin umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych (*należy dołączyć załącznik nr 5 do wniosku wraz ze sporządzonym przez Realizatora opisem celu i zakresu egzaminu).*** *W przypadku, gdy koszt egzaminu został uwzględniony w kalkulacji kosztów kursu lub cenie jednostkowej studiów podyplomowych - nie wypełnia się tabeli C.3.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa egzaminu** | **Termin realizacji**  **egzaminu (od - do)** | **Nazwa  i adres siedziby wybranego Realizatora** | **Miejsce realizacji**  **egzaminu**  **(adres)** | **Koszt egzaminu dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych egzaminem** | **Całkowita wysokość wydatków na egzamin w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę  w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  |  |  |  |

**C.4 Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:**

**(*należy dołączyć załącznik nr 7 do wniosku, który wypełnia Realizator ).*** *W przypadku, gdy koszt badań został uwzględniony w kalkulacji kosztów kursu – nie wypełnia się tabeli C.4.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa badań lekarskich/ psychologicznych** | **Termin realizacji**  **badań (od - do)** | **Nazwa  i adres siedziby wybranego Realizatora** | **Miejsce realizacji**  **badań**  **(adres)** | **Koszt badań dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych badaniem** | **Całkowita wysokość wydatków na badania w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę  w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  |  |  |  |

**C.5** **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: *(należy dołączyć załącznik 8 do wniosku)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa działania** | **Termin realizacji**  **działania  (od - do)** | **Nazwa  i adres siedziby wybranego Realizatora** | **Miejsce realizacji**  **działania**  **(adres)** | **Koszt działania dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych działaniem** | **Całkowita wysokość wydatków na działanie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę  w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  |  |  |  |

**C.6 Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z planowanym kształceniem ustawicznym: *(należy dołączyć załącznik nr 9 do wniosku)****W przypadku, gdy koszt ubezpieczenia od NNW został uwzględniony w kalkulacji kosztów kursu, egzaminu lub cenie jednostkowej studiów podyplomowych - nie wypełnia się tabeli C.6.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa działania** | **Okres ubezpieczenia  (od - do)** | **Nazwa  i adres siedziby wybranego Realizatora** | **Miejsce realizacji**  **działania**  **(adres)** | **Koszt działania dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych działaniem** | **Całkowita wysokość wydatków na działanie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę  w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  |  |  |  |

1. **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE WYKAZANYCH   
   W CZEŚCI C WNIOSKU.**

**D.1 Informacja o usłudze wybranego przez Pracodawcę Realizatora kształcenia ustawicznego wykazanego w części C wniosku***(Dane w części D.1 należy wypełnić na podstawie dołączonej do wniosku oferty wybranego Realizatora tj. załącznika nr 5,7,8 lub 9)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma i nazwa**  **kształcenia ustawicznego wskazanego w części C wniosku**  *(np. Kurs pn. „……………….”;*  *Studia podyplomowe, kierunek „…………….”*  *Egzamin z zakresu „…..…..”)* | | **Liczba godzin**  **kształcenia ustawicznego przypadająca na  1 uczestnika** | | **Nazwa i adres siedziby wybranego Realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Nazwa posiadanych przez Realizatora certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** | | **W przypadku kursów – nazwa dokumentu,**  **na podstawie którego wybrany Realizator ma uprawnienia**  **do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego** | | **Cena usługi kształcenia ustawicznego za jednego uczestnika** |
| **Zegarowe** | **Lekcyjne** |
|  | |  |  |  |  | |  | |  |
| **D.2 Informacja o porównywalnych ofertach usług kształcenia ustawicznego minimum dwóch innych Realizatorów** | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i adres siedziby Realizatora podobnej usługi** | | **Forma i nazwa kształcenia ustawicznego** *(np. Kurs pn. „……………….”; Studia podyplomowe, kierunek „…………….”, Egzamin z zakresu „…………”)* | | **Liczba godzin usługi kształcenia ustawicznego przypadająca na**  **jednego uczestnika** | | **Cena usługi kształcenia ustawicznego za jednego uczestnika** | | |
| **Zegarowych** | **Lekcyjnych** |
| 1. |  | |  | |  |  |  |  | |
| 2. |  | |  | |  |  |  |  | |

***Część D.1 i D.2 wniosku należy wypełnić******oddzielnie dla każdej formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego wykazanej w części C wniosku.***

|  |
| --- |
| **D.3 Szczegółowe uzasadnienie dokonanego wyboru Realizatora usługi kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem analizy tematyki, liczby godzin oraz ceny usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z podobnymi usługami oferowanymi na rynku przez innych Realizatorów wykazanych w części D2**  ***Część D.3 wniosku należy wypełnić******oddzielnie dla każdej formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego wykazanej w części C wniosku.*** |
|  |

1. **PODSUMOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem**  **ustawicznym w złotych**  **(zgodnie z częścią C wniosku) :** |  |
| Słownie: |  |
| *W tym:*  **A. Wysokość wnioskowanych środków KFS  w złotych:**  *We wnioskowanej wysokości środków KFS nie można uwzględniać kosztów związanych z wyżywieniem, dojazdem, zakwaterowaniem uczestników form wsparcia wykazanych w części C wniosku.* |  |
| Słownie: |  |
| **B. Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złotych**\*(*nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw)***:** |  |
| Słownie: |  |
| * ***UWAGA:*** *Przy wyliczaniu wkładu własnego Pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które Pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym np. kosztów delegacji, w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce wykonywania pracy, wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w kształceniu ustawicznym* | |

1. **UZASADNIENIE WNIOSKU z uwzględnieniem każdego z poniższych punktów:**
2. **Wskazanie obecnych potrzeb Pracodawcy wymagających zastosowania form wsparcia wykazanych w części C Wniosku ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wskazanie przyszłych potrzeb Pracodawcy wymagających zastosowania form wsparcia wykazanych w części C Wniosku ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Wykazanie zgodności i zasadności zaplanowanych do realizacji form wsparcia ujętych w części C Wniosku z obowiązującymi w roku 2019 Priorytetami wydatkowania środków KFS wskazanymi w części B Wniosku.**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **WYKAZ OSÓB ZAPLANOWANYCH DO OBJĘCIA KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM:**

W celu uzasadnienia udziału we wskazanej formie wsparcia i tematyce kształcenia ustawicznego dla każdego pracownika i/lub Pracodawcy należy wypełnić poniższą tabelę zgodnie z częścią C wniosku (maksymalnie 2 formy wsparcia dla jednej osoby).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko  i imię** *(w porządku alfabetycznym)* ***oraz*****data  urodzenia** | **Wykształcenie\*** | **Rodzaj  zawartej  umowy**  **i okres, jej obowiązywania**  **(od – do)**  *(należy podać dokładne daty)* | **Zajmowane stanowisko** | **Rodzaj wykonywanych prac\*\*** | **Forma i nazwa wsparcia \*\*\*** | **Uzasadnienie potrzeby udziału w kształceniu ustawicznym z uwzględnieniem wybranego Priorytetu \*\*\*\*** | **Informacja  o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która ma być objęta kształceniem ustawicznym** |
| **1** |  |  |  |  |  |  | Priorytet nr: ………….  Uzasadnienie: |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  | Priorytet nr: ………….  Uzasadnienie: |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  | Priorytet nr: ………….  Uzasadnienie: |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  | Priorytet nr: ………….  Uzasadnienie: |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  | Priorytet nr: ………….  Uzasadnienie: |  |

\*Poziom wykształcenia należy podać w podziale: gimnazjalne i poniżej, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, policealne i średnie zawodowe, wyższe.

\*\* Należy wskazać zakres zadań służbowych wykonywanych obecnie na zajmowanym stanowisku.

\*\*\* Należy podać formę i nazwę wsparcia np. Kurs pn. „…” lub Studia podyplomowe z zakresu „…” itp. zgodnie z częścią C wniosku.

\*\*\*\* Należy wskazać kwalifikacje, uprawnienia zawodowe oraz kompetencje jakie nabędzie uczestnik zaplanowanego kształcenia ustawicznego i sposób ich wykorzystania przy uwzględnieniu specyfiki działalności firmy i planowanego jej rozwoju, a także należy opisać powiązanie zaplanowanych form i tematyki kształcenia ustawicznego z obowiązującymi Priorytetami wykazanymi w części B wniosku.

1. **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej, o której mowa w art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:**

1. **Zapoznałem/łam się** z art. 69a i 69b Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm). oraz z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U z 2018r. poz. 117).
2. Oświadczam, że jestem pracodawcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt.25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2014r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. **Jestem/Nie jestem\*** mikroprzedsiębiorcą ***z****godnie z Artykułem 2, 4, 5 Załącznika I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014,str.70-72)*
4. Oświadczam, że działalność **jest/nie jest\*** prowadzona w sektorze transportu drogowego.

Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy:

beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.

Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r., poz. 395 z póź. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

1. **Zalegam/ Nie zalegam\*** w dniu złożenia Wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych lub innych danin publicznych.
2. **Posiadam/ Nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
3. **Toczy się/Nie toczy się\* w dniu złożenia wniosku** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
4. **Jestem/nie jestem\*** w trakcie zwolnień grupowych.
5. Oświadczam, ze w okresie 365 dni przed złożeniem Wniosku **zostałem/ nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i **jestem/ nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
6. **Podlegam stosowaniu/nie podlegam stosowaniu\*** przepisów, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. 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., str.1).
7. **Podlegam stosowaniu/nie podlegam stosowaniu\*** przepisów, o których mowa w Rozporządzeniu 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(Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str.9).
8. **Podlegam stosowaniu/nie podlegam stosowaniu\*** przepisów,o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014r. 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 z 28.06.2014r), str.45.
9. Oświadczam, że **ciąży/ nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy.
10. Oświadczam, że wszyscy pracownicy wskazani we Wniosku są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę   
    lub ustawy Karta Nauczyciela i na dzień złożenia wniosku świadczą pracę tj. nie przebywają na urlopie macierzyńskim, ojcowskim, wychowawczym, zasiłku chorobowym a także nie są osobami współpracującymi.
11. **Ubiegam się/ nie ubiegam się\*** o przyznanie środków na te same koszty kształcenia ustawicznego pracowników i Pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy.
12. **Korzystałem/nie korzystałem\***  w ciągu dwóch ostatnich lat ze środków KFS na kształcenie ustawiczne na podstawie wniosku złożonego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Katowicach.
13. Oświadczam, że zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez Wykonawcę (jednostkę zewnętrzną), z którym nie jestem powiązany osobowy lub kapitałowo.
14. Mam świadomość obowiązku zawarcia umowy, o której mowa w art. 69b ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z pracownikami, którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego ze środków KFS.
15. Zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy z wybranym Realizatorem usługi kształcenia ustawicznego sfinansowanej ze środków KFS.
16. Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/ podmiotu w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przeze mnie do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Katowicach będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane do celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o którem mowa w Rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018, poz. 117), zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
17. Dane zawarte w KRS udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości lub dane zawarte w CEiDG udostępnione na stronie internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej na dzień złożenia wniosku są **aktualne / nieaktualne / nie dotyczy\*.**
18. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
19. **Jestem świadomy,** że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
20. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
21. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku zobowiązuję się założyć nieoprocentowany firmowy rachunek bankowy lub subkonto przeznaczony wyłącznie na cele realizacji wydatkowania i rozliczenia przyznanych środków KFS i przedstawić jego numer   
    w Powiatowym Urzędzie Pracy w Katowicach nie później niż na dzień przed zawarciem Umowy o sfinansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i Pracodawcy.
22. **Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Katowicach, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**

*\* niepotrzebne skreślić*

…………………………………

*(data)* …………………………………………..

*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,   
a w przypadku braku imiennej pieczątki należy   
złożyć czytelny podpis)*

1. **Do wniosku dołączam załączniki, które stanowią jego integralną część:** *( należy zaznaczyć)*

**Załącznik nr 1** - Oświadczenie Wnioskodawcy o pomocy de minimis.

**Załącznik 1 jest wymagany do Wniosku.**

**Załącznik nr 2** - Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy z uwzględnieniem zakresu pełnomocnictwa. Do wniosku należy przedłożyć pełnomocnictwo w oryginale z podpisem i pieczątką imienną Pracodawcy. *Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona w dokumencie rejestrowym z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy.*

**Załącznik 2 jest wymagany do Wniosku w przypadku reprezentowania Pracodawcy przez osobę upoważnioną .**

**Załącznik nr 3** - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc deminimis udzielanej na warunkach określonych 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.)

**Załącznik 3 jest wymagany do Wniosku.**

**Załącznik nr 4** - Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności np. umowę spółki cywilnej wraz z wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji, czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe np. szkół, Zakładu Aktywności Zawodowej itp.

**Załącznik 4 wymagany jest do Wniosku w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Informacji o działalności Gospodarczej (CEiDG).**

**Załącznik nr 5** – Ofertę Realizatora, którą wypełnia wybrana jednostka szkoląca, egzaminująca lub organizator studiów podyplomowych w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kursu, egzaminu lub studiów podyplomowych.

**Załącznik 5 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kursu/szkolenia, studiów podyplomowych lub egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji, lub uprawnień zawodowych.**

*Oferta Realizatora powinna być złożona oddzielnie dla każdej formy wsparcia wykazanej w części C Wniosku.*

**Wymagane jest dołączenie przez Realizatora do Oferty tj. Załącznika nr 5 następujących dokumentów:**

- kopii certyfikatów jakości kształcenia ustawicznego, potwierdzonych za zgodność z oryginałem,

- wzoru dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących

**Dodatkowo wymagane jest dołączenie do wniosku :**

- w przypadku kursu - dokumentu na podstawie którego Realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (o ile ta informacja nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych)

- w przypadku egzaminu – opisu celu i zakresu tematycznego egzaminu sporządzony przez Realizatora kursu

- w przypadku studiów podyplomowych – programu studiów podyplomowych sporządzony przez Realizatora studiów.

**Załącznik nr 6 –** Program kursu wraz z kalkulacją kosztów kursu wypełniony przez wybranego Realizatora kursu.

*Program powinien być złożony oddzielnie dla każdej formy wsparcia wykazanej w części C.1 Wniosku.*

**Załącznik 6 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania o sfinansowanie kosztów kursu.**

**Załącznik nr 7 -** Ofertę Realizatora badań lekarskich i/lub psychologicznych.

*Oferta powinna być złożona oddzielnie dla każdego rodzaju badań wykazanych w części C.4 Wniosku.*

**Załącznik 7 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów badań lekarskich i/lub psychologicznych, a koszt badań nie został ujęty w kalkulacji kosztów kursu (w załączniku nr 6).**

**Załącznik nr 8** - Ofertę Realizatora działań (*wskazanych w części C.5 Wniosku*) w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się   
o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS, który został wybrany przez Wnioskodawcę.   
**Załącznik 8 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS.**

**Załącznik nr 9** - Ofertę wybranego przez Wnioskodawcę Realizatora ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków *(ze wskazaniem formy wsparcia, którego dotyczy ubezpieczenie).*

**Załącznik 9 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków jeśli koszt ubezpieczenia nie został ujęty w cenie wybranej formy kształcenia ustawicznego wpisanej w część C wniosku.**

**Załącznik nr 10** - Klauzula informacyjna według art. 13 RODO względem podmiotu danych osobowych – załącznik wypełniają osoby wskazane w części G Wniosku. **Załącznik 10 jest wymagany do Wniosku.**

**Załącznik A -** *Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 1 – załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 1.*

**Załącznik B -** *Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 2 - załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 2.*

**Załącznik C -** *Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 3 - załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 3.*

**Załącznik D -** *Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 4 - załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 4.*

**Załącznik E -** *Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 5 - załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 5.*

**Załącznik F -** *Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 6 - załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 6.*

**Załącznik G -** *Oświadczenie pracodawcy z sektora opieki medycznej - załącznik wymagany jest w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego Pracodawcy z sektora opieki medycznej.*

…………………………………

*(data)* …………………………………………..

*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,   
a w przypadku braku imiennej pieczątki należy   
złożyć czytelny podpis)*