**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW REZERWY Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS) NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY   
W 2023 ROKU**

**na podstawie:**

1. Art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.   
   (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późn. zm.)
2. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego tj. z dnia 20 grudnia 2017 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 117)
3. **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** |  |
| 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 2014r. 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 pracowników zatrudnionych na dzień złożenia wniosku**   *Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks Pracy*  *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 i 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 Radę Rynku Pracy**  **na 2023 rok**  (do wniosku należy dołączyć odpowiedni załącznik  A-E) | **PRIORYTET A**  Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS. |  |  |  |  |
| **PRIORYTET B**  Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. |  |  |  |  |
| **PRIORYTET C**  Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju. |  |  |  |  |
| **PRIORYTET D**  Wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego. |  |  |  |  |
| **PRIORYTET E**  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. |  |  |  |  |
| **Liczba osób ogółem do objęcia ww. 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**

*(należy wypełnić zgodnie z załącznikami nr 4 lub 6 do wniosku, które wypełnia realizator oddzielnie dla każdej formy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma kształcenia**   * kurs * studia podyplomowe * egzamin * badania lekarskie * ubezpieczenie NNW * określenie potrzeb pracodawcy | **Nazwa kształcenia** | **Termin realizacji**  (od - do) | **Koszt dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych** | **Całkowita wysokość wydatków na realizację w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | |  |  |  |  |

**\* Należy dołączyć do wniosku:**

* Załączniki nr 4 i 5 **(w przypadku kursu)** które wypełnia realizator oddzielnie dla każdego kursu.
* Załącznik nr 4 **(w przypadku studiów podyplomowych)** oddzielnie dla każdego kierunku studiów oraz program studiów sporządzony przez realizatora.
* Załącznik nr 4 **(w przypadku egzaminu)** wraz ze sporządzonym przez realizatora opisem celu i zakresu egzaminu.

Jeżeli koszt egzaminu został uwzględniony w cenie kursu/studiów podyplomowych - nie wypełnia się sekcji: Egzaminy.

* Załącznik nr 6 **(w przypadku badań lekarskich i/lub psychologicznych, określenia potrzeb pracodawcy, ubezpieczenia od NNW)** który wypełnia realizator.

Jeżeli koszt badań/ubezpieczenia od NNW został uwzględniony w cenie kursu/studiów podyplom. – nie wypełnia się sekcji: badania lekarskie i/lub psychologiczne, ubezpieczenie od NNW.

1. **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE WYKAZANYCH W CZEŚCI C WNIOSKU** *(należy wypełnić na podstawie dołączonej do wniosku oferty wybranego realizatora oraz kontrofert innych realizatorów tj. załącznika nr 4 lub 6 do wniosku)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma**  (kursy, studia podyplomowe, itd.)  i  **nazwa kształcenia ustawicznego** | **Organizator kształcenia**  (nazwa, adres, NIP) | **Porównanie ceny usługi z podobnymi usługami na rynku**  (cena bez VAT, bez kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia) | | | **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |
| **Oferta wybranego realizatora** | **Inne oferty** | |
| 1. |  |  | **REALIZATOR:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **REALIZATOR 1:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **REALIZATOR 2:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** |  |
| 2. |  |  | **REALIZATOR:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **REALIZATOR 1:**  **Nazwa kształcenia:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **REALIZATOR 2:**  **Nazwa kształcenia:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** |  |
| 3. |  |  | **REALIZATOR:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **REALIZATOR 1:**  **Nazwa kształcenia:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **REALIZATOR 2:**  **Nazwa kształcenia:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** |  |

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:** |  |
| 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**

|  |
| --- |
| Wskazanie **obecnych i przyszłych** potrzeb Pracodawcy, zgodność kompetencji z **potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy** oraz **zgodność z obowiązującymi w roku 2023 Priorytetami Rezerwy** 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)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajmowane stanowisko** | **Wykształcenie \*** | **Rodzaj zawartej umowy i okres jej obowiązywania**  (od – do)  należy podać dokładne daty | **Rodzaj wykonywanych prac \*\*** | **Forma i nazwa wsparcia \*\*\*** | **Uzasadnienie potrzeby udziału w kształceniu ustawicznym z uwzględnieniem wybranego Priorytetu Rezerwy \*\*\*\*** | **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: |  |

\* 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 Rezerwy wykazanymi w części B wniosku.

**UWAGA:** W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, pracodawca przed podpisaniem Umowy jest zobowiązany do przedłożenia:

- ponownie wypełnionej części G Wniosku z podaniem danych osobowych (imię, nazwisko i data urodzenia) pracowników zaplanowanych do objęcia kształceniem,

- podpisanych przez pracowników klauzul informacyjnych dot. RODO.

1. **OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej 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 oraz z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków   
   z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U z 2018r. poz. 117).
2. Przed wypełnieniem wniosku **zapoznałem/łam się** z obowiązującymi w roku 2023 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.katowice.praca.gov.pl w ogłoszeniu o naborze wniosków.
3. **Jestem / Nie jestem\***  mikroprzedsiębiorcą*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).*
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 z inną działalnością 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, 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. W przypadku zalegania z opłacaniem ww.  **posiadam / nie posiadam\***  ugodę/y zawartą/ej   
   z wierzycielem o warunkach spłaty zadłużenia.
2. **Toczy się / Nie toczy się\*** w dniu złożenia wniosku w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
3. **Jestem / nie jestem\***  w trakcie zwolnień grupowych.
4. Oświadczam, że przed złożeniem Wniosku  **zostałem / nie zostałem\***  skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i  **jestem / nie jestem\***  objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
5. **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).
6. **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).
7. **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).
8. 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.
9. 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.
10. **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.
11. Oświadczam, że zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez wykonawcę (jednostkę zewnętrzną), z którym  **jestem / nie jestem\*** powiązany osobowy lub kapitałowo.
12. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam\*** bezpośrednich lub pośrednich powiązań z osobami lub podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
13. **Mam świadomość** iż moi pracownicy, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, powinni zachować status pracownika przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego.
14. **Jestem świadomy(a)**, 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, 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.
15. **Jestem świadomy(a),** 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.
16. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
17. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
18. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku zobowiązuję się złożyć zaświadczenie lub umowę firmowego rachunku bankowego lub subkonta, które będzie nieoprocentowane i przeznaczone na cele realizacji wydatkowania i rozliczenia przyznanych środków KFS w Powiatowym Urzędzie Pracy w Katowicach nie później niż na dzień przed zawarciem Umowy o sfinansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i Pracodawcy.
19. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy   
    w Katowicach, o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w złożonym 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. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU, KTÓRE STANOWIĄ JEGO INTEGRALNĄ CZĘŚĆ**

**ZAŁĄCZNIK NR 1** - 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 nr 1 jest wymagany do Wniosku.*

**ZAŁĄCZNIK NR 2** - Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymaniu bądź nieotrzymaniu pomocy de minimis.

*Załącznik nr 2 jest wymagany do Wniosku.*

**ZAŁĄCZNIK NR 3** - Kopia 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 nr 3 wymagany jest do Wniosku w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Informacji o działalności Gospodarczej (CEiDG).*

**ZAŁĄCZNIK NR 4** – Oferta Realizatora, którą wypełnia wybrana jednostka szkoląca, egzaminująca lub organizator studiów podyplomowych w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kursu, egzaminu lub studiów podyplomowych.

*Załącznik nr 4 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.*** *Do każdej formy należy dołączyć również* ***dwie kontroferty****, na podstawie których pracodawca dokonał ostatecznego wyboru realizatora.*

**Wymagane jest dołączenie przez realizatora do Oferty tj. Załącznika nr 4 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 do wniosku należy dołączyć:**

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

- w przypadku egzaminu – opis celu i zakresu tematycznego egzaminu sporządzony przez realizatora kursu,

- w przypadku studiów podyplomowych – program studiów podyplomowych sporządzony przez realizatora studiów.

**ZAŁĄCZNIK NR 5** – Program kursu wypełniony przez wybranego realizatora kursu.

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

*Załącznik nr 5 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania o sfinansowanie kosztów kursu.*

**ZAŁĄCZNIK NR 6** – Oferta realizatora badań lekarskich i/lub psychologicznych / działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego / ubezpieczenia od NNW.

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

Załącznik nr 6 wymagany jest do Wniosku w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów badań lekarskich i/lub psychologicznych / działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego / ubezpieczenia od NNW.

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

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

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

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

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

**Załącznik F** - oświadczenie pracodawcy z sektora opieki medycznej.

**PEŁNOMOCNICTWO do reprezentowania Pracodawcy (kopia potwierdzona za zgodność)**

Wymagane gdy Wniosek wypełniany jest przez osobę inną niż wskazana w dokumencie rejestrowym.