\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** Prezydent Miasta Świnoujście**

na adres:

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Świnoujściu**

**ul. Wojska Polskiego 1/2A**

**72-600 Świnoujście**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie** **kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**w formie Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Podstawa prawna:

na zasadach określonych w art. 69a ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. jedn. Dz. U. z 2017r. poz. 1065 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014r., poz. 639).

**Dane pracodawcy**

1. Pełna nazwa pracodawcy ……………………………………………………………………………………………………..….………………………………………………………………………………………………
2. Adres siedziby pracodawcy ……………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………………………………………………………

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

1. Telefon ………………………………………………………………………………………….
2. Fax .…………………………………………………………………………………… ………..

e-mail……………………………………………………………………………………………

strona www……………………………………………………………………………………..

1. Numer identyfikacyjny REGON ………………………..
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP ………………….
3. Forma prawna prowadzonej działalności ………………………………………………………
4. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określonej zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)………………………………………………………………………….

10.Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia2 lipca 2004r. (Dz. U. z 2004r., Nr 173, poz. 1807, ze zm.)[[1]](#footnote-1):

□ mikro □ mały □ średni □ inny

Mikroprzedsiębiorca to przedsiębiorca, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników, a jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EURO, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych (Dz. Urz. UE L 214 z 09.08.2008r., str. 3).

11. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników …………………..……………………………..

12. Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

a) imię i nazwisko …………………………..………………… stanowisko służbowe …………………………..……….……..

b) imię i nazwisko …………………………..………………… stanowisko służbowe …………………………..……………..

13. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko ……………………………..………………… stanowisko służbowe …………………………..……………..nr telefonu……………………………………………

14. Nr rachunku bankowego Pracodawcy, na który mają zostać przekazane środki KFS:

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

**Wysokość i harmonogram wsparcia**

1. Rodzaj i tytuł kształcenia…………………………………………………….…….*………...*

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej……………………………………………………...

Miejsce realizacji kształcenia……………………………………………………………….

Termin realizacji (od – do)………………………………………………………………….

Cena usługi kształcenia ustawicznego (w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku)……………………………………………………...........................

Ilość godzin………………………………………………………………………………….

1. Rodzaj i tytuł kształcenia…………………………………………………….…….*………...*

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej……………………………………………………...

Miejsce realizacji kształcenia……………………………………………………………….

Termin realizacji (od – do)………………………………………………………………….

Cena usługi kształcenia ustawicznego (w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku)……………………………………………………...........................

Ilość godzin………………………………………………………………………………….

1. Rodzaj i tytuł kształcenia…………………………………………………….…….*………...*

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej……………………………………………………...

Miejsce realizacji kształcenia……………………………………………………………….

Termin realizacji (od – do)………………………………………………………………….

Cena usługi kształcenia ustawicznego (w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku)……………………………………………………...........................

Ilość godzin………………………………………………………………………………….

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

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

**Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego:** ....................................................

w tym:

- kwota wnioskowana z KFS: ……………………

- kwota wkładu własnego: …………………….…

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | | **Liczba pracowników** | |
| **mężczyźni** | **kobiety** | **mężczyźni** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | **Kursy** |  |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** |  |  |  |  |
| **Egzaminy** |  |  |  |  |
| **Badania lekarskie i/lub psychologiczne** |  |  |  |  |
| **Ubezpieczenie NNW** |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | **15-24 lata** |  |  |  |  |
| **25-34 lata** |  |  |  |  |
| **35-44 lata** |  |  |  |  |
| **45 lat i więcej** |  |  |  |  |

**Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób objętych kształceniem ustawicznym:**

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

**Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów:**

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

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

**……………………………….**

**Data i podpis wnioskodawcy**

**Uwaga!**

* Umowa o przyznanie środków z limitu Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne może zostać zawarta tylko na działania, które jeszcze się nie rozpoczęły.

Wysokość wsparcia:

* **80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS**, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów;
* **100% kosztów kształcenia ustawicznego** – jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorstw, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

Wkład własny:

* Nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

**ZAŁĄCZNIKI DO NINIEJSZEGO WNIOSKU:**

* **Załącznik nr 1** – Lista uczestników
* **Załącznik nr 2 –** Oświadczenie o otrzymaniu / nieotrzymaniu pomocy publicznej,
* **Załącznik nr 3 –** Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu,
* **Załącznik nr 4 –** Oświadczenie w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych
* **Załącznik nr 5** – Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub CEIDG,
* **Załącznik nr 6** – Wzór dokument potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego.
* **Załącznik nr 7** – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
* **Załącznik nr. 8** - pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy - W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, musi być załączone w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

Załącznik nr. 1 do Umowy Nr … /KFS/FP/201..

*…………………………………………………..*

*Pieczątka pracodawcy*

***Informacja o uczestnikach szkolenia***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Imię i nazwisko osoby korzystającej z kształcenia ustawicznego | Płeć | Wiek | Wykształcenie | Stanowisko na jakim pracuje | Czy osoba pracuje w szczególnych warunkach lub wykonuje prace o szczególnym charakterze? | Nazwa szkolenia w którym osoba weźmie udział | Który z priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej został spełniony? |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Załącznik nr 2***

***do wniosku o dofinansowanie kosztów***

***kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców***

***w formie Krajowego Funduszu Szkoleniowego***

………………………………………..

miejscowość, data

……………………………………

Wnioskodawca

……………………………………

adres

……………………………………

PESEL/REGON/NIP\*

**Oświadczenie Wnioskodawcy**

**( podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, niepublicznego przedszkola, niepublicznej szkoły, producenta rolnego \*)**

**o otrzymanej pomocy publicznej *de minimis***

Ja, niżej podpisany (a)/ działając w imieniu Wnioskodawcy \* jako jego ……………………, oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

1. nie otrzymałem pomocy *de minimis\**

2. otrzymałem pomoc *de minimis\**

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

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (podać źródła pomocy i dołączyć wszystkie zaświadczenia – kopie potwierdzone przez Wnioskodawcę za zgodność z oryginałem )*

**Prawdziwość oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

**Znana jest mi treść art. 233 § 1 Kodeksu karnego o odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

**…………….. …………………………………………**

data pieczęć firmowa oraz podpisy osób

reprezentujących Wnioskodawcę

\*-niepotrzebne skreślić

***Załącznik nr 3***

***do wniosku o dofinansowanie kosztów***

***kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców***

***w formie Krajowego Funduszu Szkoleniowego***

**PROGRAM**

**SZKOLENIA I/LUB STUDIÓW PODYPLOMOWYCH I/LUB EGZAMINU**

|  |
| --- |
|  |
| Nazwa organizatora szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu | | | | | |
| Osoba reprezentująca organizatora szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu | | | | | |
| województwo | | | miasto | | kod pocztowy |
| ulica | | | | Nr telefonu / nr fax. | |
| Miejsce – adres zajęć teoretycznych szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu | | | | Miejsce – adres zajęć praktycznych szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu | |
| Nazwa szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu | | | | | |
| Czas trwania szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu  Termin szkolenia: od ………………………..………. do ………………………………… | | | | | |
| Liczba godzin ogółem : …………………… | | | | | |
| Łączna liczba uczestników szkolenia i/lub studiów podyplomowych i/lub egzaminu, planowana przez organizatora kształcenia w w/w terminie i miejscu ………………………… | | | | | |
| Koszt osobogodziny: …………………………...……..  Koszt kształcenia 1 osoby: ……………………..…….. | | | | | |
| Kadra dydaktyczna realizująca kształcenie:  .……………………………………………………………..  ……………………………………………………………...  ………………………………………………………………  Itd. | | | | | |
| Rodzaj niezbędnych badań lekarskich stwierdzających zdolność kandydata do uczestnictwa w szkoleniu  …………………………………………………………………………………………………………………..……… | | | | | |
| Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień/ typ dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia:  ……………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |

…………………………………………………………….

( podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej )

***Załącznik nr 4***

***do wniosku o dofinansowanie kosztów***

***kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców***

***w formie Krajowego Funduszu Szkoleniowego***

………………………………………..

miejscowość, data

……………………..…………..

Imię i nazwisko

……………………..…………..

adres

…………………..……………..

*PESEL*

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana(y), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Świnoujściu, zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach, dla potrzeb niezbędnych do celów związanych z procedurą przeprowadzenia szkolenia/egzaminu/studiów podyplomowych w ramach środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego – zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).

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

/czytelny podpis/

1. Odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)