Wysokie Mazowieckie, ……………………..

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

 (pieczątka pracodawcy)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. 1 Maja 8**

 **18-200 Wysokie Mazowieckie**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**w ramach obowiązujących priorytetów na rok 2024**

na zasadach określonych w art. 69a i 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 735 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117)

**INFORMACJA:**

* + - 1. *Wniosek* należy wypełnić czytelnie **– komputerowo, maszynowo lub wyraźnym (np. drukowanym) pismem.**
			2. Na wszystkie zawarte we *Wniosku* pytania należy udzielić starannej, precyzyjnej odpowiedzi - będą one podstawą jego oceny.
			3. Sam fakt złożenia *Wniosku* nie gwarantuje otrzymania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
			4. *Wniosek* bez wymaganych załączników pozostanie bez rozpatrzenia.

**A. DANE PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa pracodawcy ...................................................................................................................................

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

1. Adres pracodawcy
	1. siedziby ......................................................................................................................................................
	2. miejsce prowadzenia działalności gospodarczej .......................................................................................

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

* 1. adres korespondencyjny ……………………………………………………………………………..…..

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

1. REGON ............................................. NIP ...........................................................
2. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD (przeważające):

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

1. Numer rachunku bankowego Pracodawcy, na które mają zostać przekazane

środki KFS ……………………………………………………………………………………………….……

1. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku .........................................................................

***Uwaga:***

*Pracownik - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych.*

1. Osoba/osoby uprawniona/e do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie
z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)
	1. imię i nazwisko.......................................................... stanowisko służbowe .............................................
	2. imię i nazwisko ......................................…………... stanowisko służbowe .............................................
2. Osoba ze strony pracodawcy wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko ……………………................................. stanowisko .............................................................

telefon /fax …................................................................, e-mail …....................................................................

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO**

 **FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

1. Termin realizacji wsparcia …............................................
2. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** |
| **Razem** | **w tym kobiet** | **razem** | **w tym kobiet** |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| Według rodzaju wsparcia | Kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 |  |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| Według poziomu wykształcenia | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| Według wykonywanych zawodów | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |

**C. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE
 NA POSZCZ EGÓLNYCH PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

Całkowita wysokość wydatków w zł, razem …............................................................., w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS razem …...................................................................................
2. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę razem ….....................................

***Szczegółowe informacje dotyczące wydatków zostały określone w załączniku nr 1 do wniosku
o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS.***

**Uwaga:**

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 mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż
do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

Mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudnia średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nie przekraczający równowartości w złotych 2 mln euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych 2 lat nie przekraczyły równowartości w złotych 2 mln euro, (art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców).

wkład własny:

**nie należy do 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.

**D. UZASADNIENIE WNIOSKU** (szczegółowe uzasadnienie potrzeb stanowi załącznik nr 2 do wniosku)

**PRIORYTETYministra właściwego ds. pracy wydatkowania środków KFS w roku 2024**

 *(proszę zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się Pracodawca wnioskując o środki KFS)*

**Wyjaśnienia do poszczególnych priorytetów znajdują się w Komentarzu do stosowania priorytetów wydatkowania KFS w 2024 roku oraz w Zasadach przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2024 roku.**

* **1**. **wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych
 procesów, technologii i narzędzi pracy;**
* **2.** **wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub
 województwie zawodach deficytowych;**
* **3.** **wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie
 związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin
 wielodzietnych;**
* **4**. **wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych;**
* **5.** **wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej;**
* **6.** **wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;**
* **7. wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających
 cudzoziemców;**
* **8. wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie
 sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 ustawy
z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne
z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ……………........................................................... (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**E. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:
 *(\*\* pkt 4, 6 - dotyczy podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej)***

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233[[1]](#footnote-1)1ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu pracodawcy, którego reprezentuję,
że pracodawca:**

1. ☐ **zatrudnia /** ☐ **nie zatrudnia** co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy
na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą),
2. ☐ **ubiega się /** ☐ **nie ubiega się** o środki na kształcenie ustawiczne ☐ **pracowników i/**☐ **lub pracodawców** objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy,
3. ☐ **jest /** ☐ **nie jest** mikroprzedsiębiorcą w rozumieniu art. 1 załącznika I do Rozporządzenia Komisji (WE) NR 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.,
4. ☐ **jest /** ☐ **nie jest** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
5. ☐ **otrzymał /** ☐ **nie otrzymał** w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury
w wysokości ........................zł/….............…... euro \*\*,

Uwaga: okres trzech lat należy oceniać w sposób ciągły, tj. w okresie minionych trzech lat (3 razy 365 dni).

1. **zna treść określoną w:**
2. ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 735 z póżn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117) dotyczącą finansowania kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków KFS,
3. ustawie z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U.
z 2023, poz. 702).
4. Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.).
5. Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107
i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9),
6. Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 190/45).
7. **zobowiązuje się** do niezwłocznego złożenia stosownego zaświadczenia lub oświadczenia o uzyskanej pomocy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzyma pomoc publiczną lub pomoc de minimis\*\*,
8. **zobowiązuje się** do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku,
9. **zapoznałem się z Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2024 roku i zobowiązuje się
do przestrzegania ich zapisów.**
10. **oświadcza, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania wniosku.**

............................................................................... (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**F. ZAŁĄCZNIKI DO ZŁOŻENIA WRAZ Z WNIOSKIEM**

1. Załącznik nr 1 - szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących kształcenia ustawicznego (druk przy formularzu wniosku),
2. Załącznik nr 2 - wykaz osób przewidzianych do objęcia kształceniem ustawicznym (druk przy formularzu wniosku),
3. Załącznik nr 3 - porównanie co najmniej 3 ofert rynkowych wnioskowanych usług kształcenia (druk przy formularzu wniosku),
4. Załącznik nr 4 – oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu / nie otrzymaniu pomocy de mimnis (druk przy formularzu wniosku),
5. Załącznik nr 5 - oferta instytucji szkolącej/egzaminującej
6. dane dotyczące organizatora kształcenia,
7. program kursu.
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego,
9. Załącznik nr 6 – Informacja dla wnioskodawcy o przetwarzaniu danych osobowych,
10. Załącznik nr 7 – Oświadczenie pracownika skierowanego na kształcenie ustawiczne w ramach KFS,
11. Załącznik nr 8, 9 – Oświadczenie w przypadku deklaracji spełnienia danego priorytetu,
12. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
13. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór formularza dostępny na stronie internetowej Urzędu [www.wysokiemazowieckie.praca.gov.pl](http://www.wysokiemazowieckie.praca.gov.pl), lub na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl), w zakładce *pomoc publiczna*,
14. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym,
15. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółki cywilnej.

**Uwagi:**

1. **Wszystkie dokumenty składane w kopii powinny zawierać klauzulę "za zgodność z oryginałem" umieszczoną na każdej stronie dokumentu wraz z datą i pieczęcią imienną osoby składającej podpis lub czytelnym podpisem osób uprawnionych do potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem.**
2. **Wzory formularzy niezbędnych do przekazania informacji dotyczących pomocy dostępne są również
na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów www.uokik.gov.pl w zakładce *pomoc publiczna/ informacje dodatkowe/formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc*.**
3. **W przypadku gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.**
4. **Szczegółowe informacje dotyczące przyznawania środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracowników
i pracodawcy są zawarte w zamieszczonych na stronie internetowej Urzędu „*Zasadach przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2024 roku” oraz Komentarzu do stosowania priorytetów wydatkowania KFS w 2024 roku.***

**Podstawa prawna:**

1. ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz. U. z 2023 r., poz. 735 z późn. zm.);
2. ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U.
z 2023, poz. 702);
3. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117);
4. rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, (Dz. Urz. UE L 2023/2831
z 15.12.2023 r.).
5. rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9);
6. rozporządzenie Komisji (UE) NR 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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 190/45);
7. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311, ze zm.);
8. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810).

***Załącznik nr 1***

do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS

**SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma kształcenia ustawicznego** | **Nazwa** | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem**  | **Miejsce i termin realizacji** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** | **Wnioskowana wysokość z KFS w zł** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
| **Mężczyźni** | **Kobiety** |
| **1** | Kurs |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

***Załącznik nr 2***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO OBJĘCIA KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko,zajmowane stanowisko | Poziom wykształcenia | Data urodzenia | Termin realizacji(od-do) | Priorytet 1/2/3/4/5/6/7/8 | Rodzaj umowy o pracę i okres, na który jest zawarta umowa (od -do) | Rodzaj i nazwa wsparcia (np. kurs i nazwa kursu, studia podyplomowe, egzamin, badania) | Wnioskowana wysokość środków z KFS na osobę | Uzasadnienie objęcia kształceniem danego pracownika/pracodawcy | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Instrukcja wypełniania Załącznika nr 2**

1. jedna osoba powinna być wykazana raz z wyszczególnieniem rodzaju i nazwy wsparcia, w którym będzie uczestniczyć, terminów realizacji oraz całkowitej wysokości wsparcie (należy w kolumnie 9 wpisać:
2. koszty jednego kursu wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do podjęcia tego kursu lub pracy zawodowej po ukończeniu tego kursu i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z tym kursem lub
3. koszty jednego kursu i egzaminu z tym kursem związanego wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do podjęcia kursu albo przystąpienia do egzaminu lub pracy zawodowej po ukończeniu kursu i zdaniu egzaminu i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kursem i egzaminem, lub
4. koszty jednego kierunku studiów podyplomowych wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do podjęcia studiów podyplomowych lub pracy zawodowej po ukończeniu studiów podyplomowych i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętymi studiami podyplomowymi, lub
5. koszty jednego egzaminu wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do przystąpienia do egzaminu lub pracy zawodowej po zdaniu egzaminu i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z tym egzaminem.
6. w kolumnie 3 (poziom wykształcenia w przypadku wykształcenia średniego należy wpisać, czy jest to wykształcenie średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, czy pomaturalne/policealne,
7. w kolumnie 6 należy wpisać numer priorytetu wskazanego na rok 2024 przez ministra właściwego ds. pracy, w ramach którego będą wydatkowane środki KFS dla danej osoby. Priorytety na 2024 rok są zamieszczone w Części D,
8. w kolumnie 9 należy wpisać łączną wysokość dofinansowania jaka jest planowana dla osoby (suma cen jednostkowych z działań w których osoba będzie uczestniczyć).

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

***Załącznik nr 3***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

*ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**PORÓWNANIE OFERT RYNKOWYCH PLANOWANEGO KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/EGZAMINU/BADAŃ ZE WSKAZANIEM INSTYTUCJI**

**Uwaga:** W przypadku wnioskowania o więcej niż jedno szkolenie/studia podyplomowe/egzamin/badania - należy rozpisać dla każdego osobno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OFERTA**wybranej Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Przychodni/Ubezpieczyciela** | DRUGA POZYSKANA OFERTA **Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Przychodni/Ubezpieczyciela** | TRZECIA POZYSKANA OFERTA**Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Przychodni/Ubezpieczyciela** |
| **1** | **Nazwa i adres**Instytucji Szkoleniowej/ Uczelni Przychodni/Ubezpieczyciela |  |  |  |
| **2** | **Nazwa** kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badań |  |  |  |
| **3** | **Termin szkolenia/**studiów podyplomowych/egzaminu/badań |  |  |  |
| **4** | **Cena**\* kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badań (1 uczestnika) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | **Liczba godzin** kursu/studiów podyplomowych(przypadająca na 1 uczestnika) |  |  |  |
| **6** | **Koszt osobogodziny szkolenia/****studiów podyplomowych**(iloraz kwoty ujętej w wierszu nr 4 do liczby podanej w wierszu nr 5) |  |  |  |
| **7** | **Posiadanie przez realizatora usług kształcenia ustawicznego CERTYFIKATÓW JAKOŚCI OFEROWANYCH USŁUG KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych** |  |  |  |
| **8** | **Uzasadnienie wyboru Instytucji szkoleniowej /Uczelni/****Przychodni/Ubezpieczyciela** |  |

\* bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.

**Oświadczam, że** dokonałem/am rozeznania rynku w/w usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się do przedstawiania na każde żądanie Urzędu oraz ich przechowywania przez okres obowiązywania umowy.

 ............................................................................... (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

***Załącznik nr 4***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

***Art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U. z 2023 r ., poz. 702 z późn. zm.)***

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że w okresie 3 lat (3x365 dni):**

* otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis\*
* nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis\*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie** | **Dzień udzielenia pomocy****(dd-mm-rrrr)**  | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość** |  |  |

***Uwaga!***

*Wszelkie informacje zawarte w oświadczeniu powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Pracodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy de minimis w okresie* minionych 3 lat (3x365 dni):.

 ….…………………………..………………............

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

*\* właściwe zaznaczyć*

|  |
| --- |
|  ***Załącznik nr 5*** *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia* *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*…………………………….. |
|  pieczęć realizatora działań |
| **OFERTA REALIZATORA DZIAŁAŃ WNOSKOWANYCH PRZEZ PRACODAWCĘ**(wypełnia instytucja szkoląca / egzaminująca) |
| 1. **Dane o organizacji kształcenia**
 |
| **Nazwa i adres instytucji szkolącej / egzaminującej** |
|   |
| **Nazwa kursu / egzaminu** |
|   |
| **Termin realizacji kursu / egzaminu** |
|   |
| **Wymiar godzinowy kursu** |
|   |
| **Szkolenie otwarte / zamknięte** |
|   |
| **Wymagania wstępne dla kandydatów** |
|   |
| **Liczba osób w grupie wymagana aby szkolenie się odbyło** |
|   |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu / zdaniu egzaminu** |
|   |
| **Całkowita cena netto kursu / egzaminu dla wnioskującego pracodawcy** |
|   |
| **Cena kursu / egzaminu netto na jednego uczestnika**  |
|   |
| **Miejsce prowadzenia zajęć** |
|  |
| 1. **Program**
 |
| **Cel kursu / egzaminu** |
|  |
| **Program kursu / zakres egzaminu** |
|  |
|   |
|  |
|  |
| …………………………………………… |
|  (pieczęć i podpis osoby reprezentującej  instytucję szkolącą /egzaminującą) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 ***Załącznik nr 6***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**I N F O R M A C J A**

 Wypełniając postanowienia określone w art. 13 Rozporządzenia 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) zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wysokiem Mazowieckiem, Adres: 18-200 Wysokie Mazowieckie, ul. 1 Maja 8.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 RODO wyznaczył inspektora ochrony danych. Kontakt
z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email :

 iod@[pup-wysokiemazowieckie.pl](http://www.pup-wysokiemazowieckie.pl/)

1. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego. Dane przetwarzane są w oparciu o zgodę osoby której dane dotyczą.
2. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zamknięcia sprawy.
4. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
5. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, przysługuje Panu(i) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

 Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

 ***Załącznik nr 7***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE
(pracodawcy/pracownika)**

Ja …………………………………………………………… PESEL…………………….………………

 (imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procesem kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 wyłącznie dla potrzeb realizacji ww. procesu kształcenia.

………………………………………… ..………..…………………………

 (miejscowość, data) (podpis)

 ***Załącznik nr 8***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE**(priorytet nr 1)

Ja …………………………………………………….……… PESEL ……………….…………………

 (imię i nazwisko)

Oświadczam, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy, a osoby objęte kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami. Do wniosku dołączam/dołączę następujące dokumenty:

- kopię dokumentów zakupu

- decyzje właściciela o wprowadzeniu …….…………………...……………………………………

- inne, jakie? ........................................................................................................................................

………………..……………

 (podpis)

 ***Załącznik nr 9***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE**(priorytet nr 3)

Ja ……………………………….……….…...…………… PESEL …….…….………….……..…………

 (imię i nazwisko)

□ **A.** w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, podjęłam/podjąłem pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem, trwającej nieprzerwanie minimum 30 dni

□ **B.** jestem członkiem rodziny wielodzietnej i na dzień złożenia wniosku posiadam Kartę Dużej Rodziny, bądź spełniam warunki jej posiadania

……..…..…………………

 (podpis)

**\* zaznaczyć właściwe**

Prawo do posiadania Karty Dużej Rodziny przysługuje wszystkim rodzicom oraz małżonkom rodziców, którzy mają lub mieli na utrzymaniu łącznie co najmniej troje dzieci.

Przez rodzica rozumie się także rodzica zastępczego lub osobę prowadzącą rodzinny dom dziecka.

Prawo do Karty Dużej Rodziny przysługuje także dzieciom:

* w wieku do 18. roku życia,
* w wieku do 25. roku życia – w przypadku dzieci uczących się w szkole lub szkole wyższej,
* bez ograniczeń wiekowych w przypadku dzieci legitymujących się orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności, ale tylko w przypadku, gdy w chwili składania wniosku w rodzinie jest co najmniej troje dzieci spełniających powyższe warunki.

Należy pamiętać, że prawo do posiadania Karty Dużej Rodziny nie przysługuje rodzicowi, którego sąd pozbawił władzy rodzicielskiej lub któremu sąd ograniczył władzę rodzicielską przez umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej, chyba że sąd nie pozbawił go władzy rodzicielskiej lub jej nie ograniczył przez umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej w stosunku
do co najmniej trojga dzieci, prawo to nie przysługuje również rodzicowi zastępczemu lub prowadzącemu rodzinny dom dziecka, w przypadku gdy sąd orzekł o odebraniu im dzieci z uwagi na niewłaściwe sprawowanie pieczy zastępczej.

Karta jest przyznawana niezależnie od dochodu w rodzinie.

Prawo do posiadania Karty przysługuje członkowi rodziny wielodzietnej, który jest:

1. osobą posiadającą obywatelstwo polskie, mającą miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2. cudzoziemcem mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zezwolenia na pobyt czasowy udzielony w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 oraz art. 186 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2020 r. poz. 35), lub w związku z uzyskaniem w Rzeczypospolitej Polskiej statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej, jeżeli zamieszkuje z członkami rodziny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

3. mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz członkom jego rodziny w rozumieniu art. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz.U. z 2019 r. poz. 293), posiadającym prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

1. *1 Art. 233 § 1 Kodeksu karnego stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.*

 [↑](#footnote-ref-1)