Wysokie Mazowieckie, ……………………..

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

(pieczątka pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. 1 Maja 8**

**18-200 Wysokie Mazowieckie**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)**

**na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców**

na zasadach określonych w art. 69a i 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 214 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 WNIOSKODAWCY - 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 2025**

*(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 2025 roku oraz w Zasadach przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2025 roku.**

* **1. wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie.;**
* **2.** **wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy;**
* **3. wsparcie kształcenie ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami  szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku;**
* **4**. **poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy;**
* **5.** **promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej;**
* **6.** **wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy;**
* **7. wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych**;
* **8. rozwój umiejętności cyfrowych;**
* **9.** **wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.**
* **14.** **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzeniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianiem w firmach work-life balanse –** priorytet dodany w kwietniu 2025 r.

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 2025 r., poz. 214 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 (tekst jednolity Dz. U. z 2023, poz. 702 z późn. zm.).
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. **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\*\*,
6. **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,
7. **zapoznałem się z Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego   
   w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2025 roku i zobowiązuje się do przestrzegania ich zapisów.**
8. **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, 10 – 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 2025 roku” oraz Komentarzu do stosowania priorytetów wydatkowania KFS w 2025 roku.***

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (Dz. U. z 2025 r., poz. 214 z późn. zm.);
2. ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 702 z późn. zm. );
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 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.);
6. 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 1/2/3/4/5/6/7/8/9/ 14 | 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 2025 przez ministra właściwego ds. pracy, w ramach którego będą wydatkowane środki KFS dla danej osoby. Priorytety na 2025 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 (tekst jednolity 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*

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Wypełniając obowiązki określone w art. 13 oraz 14 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) dalej „RODO” Powiatowy Urząd Pracy w Wysokiem Mazowieckiem informuje, iż

1. Administratorem danych osobowych podanych przez Wnioskodawcę 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/) lub listownie na adres Administratora z dopiskiem ,,IOD”.

1. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO w związku z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w celu realizacji procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
2. Dane mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podwykonawcom na podstawie zawartych umów (świadczącym wsparcie w zakresie systemów informatycznych, ochrony danych osobowych).
3. Dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną Powiatowego Urzędu Pracy w Wysokiem Mazowieckiem.
4. Dane osobowe:
5. pracownika (imię, nazwisko, PESEL, wykształcenie, okres trwania umowy o pracę, grupa zawodowa, stanowisko, rodzaj wykonywanej pracy);
6. osoby upoważnionej do podpisania umowy (imię, nazwisko, stanowisko);
7. osoby do kontaktu (imię, nazwisko, stanowisko, telefon, mail).

pozyskane zostały od Wnioskodawcy.

1. Posiada Pani/Pan prawo do:
2. dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
3. sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
4. żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
5. prawo do usunięcia danych osobowych;
6. prawo do przenoszenia danych osobowych;
7. prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych;
8. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
9. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
10. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
11. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

Wysokie Mazowieckie, dnia........................................

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

(czytelny podpis pracownika/pracodawcy/osób upoważnionych

do kontaktu i reprezentowania pracodawcy)

***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 w/w procesu kształcenia.

………………………………………… ..………..…………………………

(miejscowość, data) (podpis)

***Załącznik nr 8***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

*ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu nr 2**

(Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy)

Oświadczam, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku lub w ciągu 3 miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny, narzędzia bądź będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy, a osoby objęte kształceniem będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami. Do wniosku dołączam/ dołączę następujące dokumenty:

- kopię dokumentów zakupu (np. faktura nr ……………..)

- decyzje właściciel o wprowadzeniu …………………………………………………….

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

Prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem, pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy („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”) ( Dz.U. z 2022 r. poz. 1138, t.j. ze zm.)

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

***Załącznik nr 9***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

*ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu nr 6**

(Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy)

Oświadczam, że w mojej firmie ………………………………….. zatrudniam cudzoziemców.

1. Oświadczam, że pracownicy (dotyczy cudzoziemców) wskazani do kształcenia:

* w momencie składania wniosku posiadają aktualny tytuł pobytowy i legalne zatrudnienie na terytorium RP,
* będą uczestniczyć w kształceniu tylko w przypadku posiadania aktualnego tytułu pobytowego i legalnego zatrudnienia na terytorium RP w okresie kształcenia.

Prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem, pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy („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”) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.)

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

***Załącznik nr 10***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

*ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu nr 7**

(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych)

1. Oświadczam, że:

* konieczne jest odbycie wnioskowanego szkolenia/szkoleń lub nabycie umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych przez pracowników/pracodawcę \*

Prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem, pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy („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”) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.)

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

\*zakreślić odpowiednie

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)