......................................................... Inowrocław, dn. ...................................

(pieczątka pracodawcy)

AZS.627-..…./RM/2024

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Inowrocławiu**

**ul. Mątewska 17**

**WNIOSEK**

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

na zasadach określonych w art. 69a ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  
 (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 475 ze zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117)

**A. DANE PRACODAWCY**

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

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

2. Adres siedzibypracodawcy...........................................................................................................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności................................................................................................................................................

4. Telefon …………………………………………………......................... fax......................................................................................................

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

5. Numer identyfikacyjny REGON ...................................................................................................................................................

6. Numer identyfikacji podatkowej NIP ...........................................................................................................................................

7. Forma prawna prowadzonej działalnośc......................................................................................................................................

8. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD.......................................................

9. Numer rachunku bankowego pracodawcy, na który mają być przekazane środki KFS…………………………………………....................

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

10. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą Prawo przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018r. (tekst jednolity Dz. U. z 2024r. poz. 236)[[1]](#footnote-1)

□ mikro □ mały □ średni □ inny

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

12. Osoby uprawnione 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 …..............................................................................

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

**B. PRIORYTETYwydatkowania środków rezerwy KFS wynikające z decyzji Rady Rynku Pracy:**

*(proszę zaznaczyć, którymi priorytetami kieruje się Pracodawca wnioskując o środki KFS)*

□ *(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.

□ (B) wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności..

□ (C) wparcie 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.

□ (D) wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.

**C. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **w tym kobiet** | **razem** | **w tym kobiet** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |  |
| Według rodzajów 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 |  |  |  |  |
| 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 | |  |  |  |  |
| wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności | |  |  |  |  |
| wparcie 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 | |  |  |  |  |
| wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju | |  |  |  |  |

**D. WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym  
 (wymienione w art. 69a ust. 2 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) ….......................................................................................................................................................................................................w tym:

a) kwota wnioskowana z KFS ….......................................................................................................................................................

b) kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę…........................................................................................................

**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.

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.

**E. UZASADNIENIE WNIOSKU**

Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy, wskazanie związku potrzeb szkoleniowych z priorytetem/priorytetami wydatkowania środków KFS wraz z opisem korzyści uzyskanych po zrealizowaniu form wsparcia wskazanych w części F wniosku i wpływu na trwałość zatrudnienia.

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

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

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że :

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zapoznałem/am się z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem przyznawania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników oraz pracodawców przez Powiatowy Urząd Pracy w Inowrocławiu.
4. Zatrudniam/ nie zatrudniam \* co najmniej jednego pracownika.
5. Jestem/ nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( t.j. Dz. U. z 2023r., poz.702).
6. Prowadzę/ nie prowadzę\* działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 236).
7. Posiadam/ nie posiadam\* gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym i prowadzę dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych.

\* Niepotrzebne skreślić

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

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń

zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**UWAGA:**

**1. Wnioski pracodawców rozpatrywane są po zakończeniu naboru i w terminie 30 dni od dnia zakończenia naboru pracodawca zostaje poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.**

**2. W przypadku gdy wniosek pracodawcy jest wypełniony nieprawidłowo wyznacza się termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.**

**3. Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym informuje się pracodawcę na piśmie, w przypadku:**

**a) niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie lub**

**b) niedołączenia wymaganych załączników**

**F. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW KFS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS** | **Termin płatności** | **Liczba osób, których wydatek dotyczy** | | | | **Koszt** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| **Pracodawca** | | **Pracownicy** | |
| **O** | **K** | **O** | **K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa, termin i miejsce realizacji kursu ;**  **nazwa instytucji szkoleniowej** | **Termin płatności za kurs** | **Liczba osób, których wydatek dotyczy** | | | | **Koszt szkolenia dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| **Pracodawca** | | **Pracownicy** | |
| **O** | **K** | **O** | **K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kierunek studiów podyplomowych, termin i miejsce realizacji, nazwa organizatora studiów** | **Termin płatności** | **Liczba osób, których wydatek dotyczy** | | | | **Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| **Pracodawca** | | **Pracownicy** | |
| **O** | **K** | **O** | **K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego**  **uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych, termin i miejsce przeprowadzenia egzaminu, nazwa instytucji** | **Termin płatności za egzamin** | **Liczba osób, których wydatek dotyczy** | | | | **Koszt egzaminu dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| **Pracodawca** | | **Pracownicy** | |
| **O** | **K** | **O** | **K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu oraz termin przeprowadzenia badań, nazwa placówki medycznej przeprowadzającej badania** | **Termin płatności za badania** | **Liczba osób, których wydatek dotyczy** | | | | **Koszt badań dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| **Pracodawca** | | **Pracownicy** | |
| **O** | **K** | **O** | **K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem, okres objęcie ubezpieczeniem, nazwa Ubezpieczyciela** | **Termin płatności za ubezpiecze**  **nie** | **Liczba osób, których wydatek dotyczy** | | | | **Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| **Pracodawca** | | **Pracownicy** | |
| **O** | **K** | **O** | **K** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Inowrocław, dnia …………………………….. …………………………………………………………………………................................

( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń,

zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**G. UZASADNIENIE WNIOSKU (dane dotyczące uczestników kształcenia ustawicznego)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko uczestnika/ data ur.** | **Forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy (od-do)** | **Stanowisko i rodzaj wykonywanych prac** | **Grupa zawodowa 1 / nazwa** | **Rodzaj 2 i nazwa kształcenia ustawicznego** | **Priorytet**  **A,B,C,D** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Grupa zawodowa:  1) Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy; 2) Specjaliści; 3) Technicy i inny średni personel 4) Pracownicy biurowi; 5) Pracownicy usług i sprzedawcy;  6) Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy; 7) Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy; 8) Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń; 9) Pracownicy wykonujący prace proste; 10) Siły zbrojne.  2. Rodzaje kształcenia ustawicznego:  1) szkolenie; 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; 5) ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem. | | | | | | |
|  | | | | | | |

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

( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń,

zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

**Pracodawca nie będący beneficjentem pomocy publicznej do wniosku załącza:**

1. Dokument potwierdzający oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności.
2. Umowa spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy (jeżeli do reprezentowania pracodawcy wyznaczona jest osoba nie wymieniona w dokumentach rejestracyjnych).
4. Dokument potwierdzający miejsce prowadzenia działalności na terenie właściwości Powiatowego Urzędu Pracy   
   w Inowrocławiu- w przypadku braku wpisu do KRS lub CEiDG.
5. Deklarację rozliczeniową ZUS P DRA z ostatniego miesiąca,
6. Potwierdzenie posiadania rachunku bankowego.
7. Klauzulę informacyjną dla osób niezarejestrowanych korzystających z pomocy określonej w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (oddzielnie dla każdego uczestnika kształcenia ustawicznego)- załącznik nr 3.
8. Program kursu z jednostki szkoleniowej (oddzielnie dla każdego kursu) zawierający nazwę kursu, czas trwania, opis tematyki poszczególnych zajęć edukacyjnych z uwzględnieniem wymiaru godzin przeznaczonych na poszczególne zajęcia *(wymagane w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kursów).*
9. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego- załącznik nr 4.
10. Program studiów podyplomowych z uczelni opisujący tematykę studiów wraz z liczbą godzin przeznaczonych na poszczególne zajęcia edukacyjne oraz informacją o nazwie, terminie realizacji i koszcie studiów podyplomowych *(wymagane w przypadku ubiegania się o sfinansowanie studiów podyplomowych*).
11. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

**Pracodawca, będący przedsiębiorcą - beneficjentem pomocy publicznej do wniosku załącza:**

1. Dokument potwierdzający oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności.
2. Umowa spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
3. Dokument potwierdzający miejsce prowadzenia działalności na terenie właściwości Powiatowego Urzędu Pracy   
   w Inowrocławiu- w przypadku braku wpisu do KRS lub CEiDG.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy (jeżeli do reprezentowania pracodawcy wyznaczona jest osoba nie wymieniona w dokumentach rejestracyjnych).
5. Deklaracji rozliczeniową ZUS P DRA z ostatniego miesiąca.
6. Potwierdzenie posiadania rachunku bankowego.
7. Oświadczenie - załącznik nr 1.
8. Oświadczenie - załącznik nr 2
9. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
10. Klauzulę informacyjną dla osób niezarejestrowanych korzystających z pomocy określonej w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (oddzielnie dla każdego uczestnika kształcenia ustawicznego)- załącznik nr 3.
11. Program kursu z jednostki szkoleniowej (oddzielnie dla każdego kursu) zawierający nazwę kursu, czas trwania, opis tematyki poszczególnych zajęć edukacyjnych z uwzględnieniem wymiaru godzin przeznaczonych na poszczególne zajęcia *(wymagane w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kursów).*
12. Uzasadnienie wybory realizatora usługi kształcenia ustawicznego- załącznik nr 4.
13. Program studiów podyplomowych z uczelni opisujący tematykę studiów wraz z liczbą godzin przeznaczonych na poszczególne zajęcia edukacyjne oraz informacją o nazwie, terminie realizacji i koszcie studiów podyplomowych *(wymagane w przypadku ubiegania się o sfinansowanie studiów podyplomowych*).
14. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY** |
| Wniosek:  □ wyznaczono termin do uzupełnienia wniosku tj………………...........  …………………………………………………………..........................  ( data, podpis i pieczątka specjalisty ds. rozwoju zawodowego)  □ rozpatrzony pozytywnie  □ rozpatrzony negatywnie:  Uzasadnienie: …………………..............................................................................................................................  …………………………………………………………………………..............................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………….......................................................  ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………....…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................ |
| ………………………………………..... ………………………………………......................  ( data) ( podpis i pieczątka dyrektora PUP) |

1. odpowiednie zaznaczyć

   Mikroprzedsiębiorca to przedsiębiorca, który co najmniej w jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

   a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

   b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro; [↑](#footnote-ref-1)