…………………………………… Suwałki, dnia ……………………...

Pieczątka Pracodawcy

**STAROSTA SUWALSKI**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Suwałkach**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**ze środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

*Podstawa prawna:*

*- art.69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  
(t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.),*

*- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków  
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 117),*

*- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej   
(t. j. Dz. U. z 2018 r poz. 362.)*

*- Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1),*

*- Rozporządzenie Komisji (WE) 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),*

*- 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).*

**I. DANE PRACODAWCY\***

**I.1. Nazwa pracodawcy**...................................................................................................……….......

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

**I.2. Adres siedziby pracodawcy1**.……………….……………………………...……….…....…......

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

**I.3. Adres miejsca prowadzenia działalności1**…………………………………………...…....…....

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

**I.4. Forma prawna prowadzonej działalności**…………………………………………………..…

**I.5. Podstawa działalności:**

**□ – wpis w Krajowym Rejestrze Sądowym,**

**□ – wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,**

**□ - inne** (podać)……………………………………………………………………………………...

**I.6. Dane osoby(ób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Pracodawcy2**

**Imię i nazwisko**…………………………………………..………………………………..………....

**Stanowisko** **służbowe** …………………………………………………………………...………......

**Imię i nazwisko**…………………………………………..………………………………..………...

**Stanowisko** **służbowe** ………………………………………………………………………...…......

**I.7. Telefon** ………………… **Fax** ……..…………. **e-mail** ………………………………………..

**I.8. NIP**………………………………………… **REGON**…………...……………………...……...

**PESEL** *(dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą)………………...…………..…………………*..

**I.9. NAZWA BANKU I NUMER KONTA BANKOWEGO, na które mają być przekazane środki rezerwy KFS** ……………………………………………………….…..……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

**I.10. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej według PKD oraz opis prowadzonej działalności gospodarczej**

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

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

**I.11. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku3**……………………..………………………………………….....................................…...

*(w przypadku gdy w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy dane ulegną zmianie- zobowiązuję się powiadomić o tym Starostę)*

**I.12. Dane osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów w sprawie wniosku:**

**Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………...…...……

**Stanowisko** **służbowe** …………………………………………………………………………........

**Telefon** …………………… **Fax** ………………. **e-mail** ………………………………….....….…

**Objaśnienia:**

**\*Pracodawca** - oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

**1** Pracodawca składa wniosek w powiatowym urzędzie pracy właściwym ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce prowadzenia działalności.

**2**Dane osoby (osób), która zgodnie z dokumentem rejestracyjnym (ewidencyjnym) lub stosownym pełnomocnictwem (udzielonym przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania Pracodawcy zgodnie z dokumentem rejestracyjnym lub ewidencyjnym) jest upoważniona do reprezentowania Pracodawcy i podpisywania umów, w tym zaciągania zobowiązań finansowych. Pełnomocnictwo należy dołączyć do Wniosku.

**3** Podając liczbę zatrudnionych pracowników nie należy uwzględniać pracowników wykonujących pracę  
w ramach umów cywilnoprawnych (umowa - zlecenie, umowa o dzieło).

**II. WYSOKOŚĆ WSPARCIA\*\***

**II.1.** **Wnioskowana wysokość środków z KFS** ……………………………………...….…...(PLN)

(słownie zł/gr…..……………………………………………………………………...………………

…………………………………………………………………………………………………….….)

**II.2. Wysokość wkładu własnego pracodawcy**……………………….……………………...(PLN)

(słownie: zł/gr….…………………………………………...…………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..)

**Uwaga!**

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy realizowanego kształcenia nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi z tytułu udziału 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, kosztów wyżywienia, noclegów itp.

**II.3. Całkowita wysokość wydatków na działania,** o których mowa w art. 69a ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  
(t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.)………………..……………….…......(PLN)   
(słownie: zł/gr….………………………………………………………………………………….…..

……………………………………………………………………………………………………….).

**\*\*Wysokość wsparcia:**

**- 80% kosztów**, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów,

**- 100% kosztów –** jeśli Wnioskodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców\*, nie więcej jednak  
niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

\*Mikroprzedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

**Uwaga! Stan zatrudnienia należy ustalić w oparciu o art. 4 i art.5 Załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art.107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str.1).**

**Środki KFS** przekazane pracodawcom prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu prawa konkurencji UE, **stanowią pomoc de minimi**s, o której mowa we właściwych przepisach prawa UE dotyczących pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

**III. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | | **Liczba pracodawców planowanych do objęcia kształceniem** | | **Liczba pracowników planowanych do objęcia kształceniem** | | |
| **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 lata |  |  | |  |  |
| 25-34 lata |  |  | |  |  |
| 35-44 lata |  |  | |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  | |  |  |
| **Według** | **wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  |  | |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  | |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  | |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  | |  |  |
| Wyższe |  |  | |  |  |

**Oświadczam, iż wymienieni pracownicy, którzy będą objęci kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS świadczą pracę na podstawie: (właściwe zaznaczyć)**

**□ stosunku pracy, tj. zatrudnionych zgodnie z kodeksem pracy, na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę,**

**□ stosunku służbowego,**

**□ umowy o pracę nakładczą.**

**IV. PRIORYTETY Rady Rynku Pracy wydatkowania środków rezerwy KFS w roku 20191\***

|  |  |
| --- | --- |
| Proszę **zaznaczyć** priorytet, wg którego przysługuje wsparcie. | 1. **□** wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej. W ramach tego priorytetu wspierani będą pracownicy Centrów Integracji Społecznej (CIS), Klubów Integracji Społecznej (KIS), Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ); 2. **□** wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności; 3. **□** wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy.   1\* Komentarz do stosowania priorytetów wydatkowania KFS w 2019 roku dołączony jest do ogłoszenia o naborze wniosków. |

**V. WYSOKOŚĆ I HARMONOGRAM WSPARCIA**

**V.1. Szczegółowe informacje dotyczące wydatków na kształcenie ustawiczne poszczególnych pracowników i pracodawców.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** | **Lp.** | **ZAJMOWANE STANOWISKO PRACY**  **UCZESTNIKA KSZTAŁCENIA** | **NAZWA WSPARCIA**  **(np. nazwa szkolenia, kierunek studiów)** | **OKRES REALIZACJII)**  **(od… do…) / LICZBA GODZIN** | **REALIZATOR WSPARCIA**  **(nazwa instytucji szkolącej, uczelni, itp. oraz adres)** | **CAŁKOWITA WYSOKOŚĆ WYDATKÓW**  **NA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **KWOTA WNIOSKOWANA Z KFS** | **WKŁAD WŁASNY** |
| **A.**  **SZKOLENIA/KURSY** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.**  **STUDIA PODYPLOMOWE** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **C.**  **EGZAMINY** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **D.**  **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **E.**  **UBEZPIECZENIE**  **NNW** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  | | | | |  |  |  |
| I)Realizacja działań finansowanych ze środków rezerwy KFS, wskazanych przez pracodawcę we wniosku powinna rozpocząć się w bieżącym roku. | | | | | | | | |

**V.2. uzasadnienie POTRZEBY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

W celu uzasadnienia wskazanej formy kształcenia dla każdego pracownika, należy wypełnić poniższą tabelę (w odniesieniu do tabeli V.1.).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp. 1)** | **Forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy (od.. do..)** | **Priorytet Rady Rynku Pracy wydatkowania środków rezerwy KFS w 2019 r. 2)** | **Uzasadnienie kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

WYJAŚNIENIA:  
**1)** liczbę porządkową przypisać przy pomocy tabeli V.1. np. A1, A2, B1,B2**,** itd.,

**2)** z części IV. wniosku wpisać priorytet 1, 2 lub 3.

**VI. PORÓWNANIE OFERT RYNKOWYCH**

**Uwaga !**

Dla każdej usługi kształcenia ustawicznego należy dokonać porównania ofert rynkowych w odrębnej tabeli (**w każdym przypadku należy przedstawić 3 oferty**).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **OFERTA I**  **(oferta wybrana przez pracodawcę)** | **OFERTA II** | **OFERTA III** |
| **1** | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** 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 (na 1 uczestnika)  **\* bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.** |  |  |  |
| **5** | **Liczba godzin:** kursu/studiów podyplomowych(na 1 uczestnika) |  |  |  |
| **6** | **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW REZERWY KFS** |  | | |
| **7** | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego |  | | |

**VII. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków rezerwy KFS.**

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

**VIII. Uzasadnienie, że wnioskowana forma wsparcia wpisuje się w wybrany priorytet***.*

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

OŚWIADCZAM, ŻE WZÓR WNIOSKU W TRAKCIE JEGO WYPEŁNIANIA NIE ZOSTAŁ ZMODYFIKOWANY, Z WYJĄTKIEM MIEJSC, W KTÓRYCH JEST TO WYRAŹNIE DOPUSZCZONE.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam   
(-my) własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

….…..……………………………………..

*(podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby(ób)*

*upoważnionej(-ych) do reprezentowania Pracodawcy*)

**Do *Wniosku* należy dołączyć:**

1. Oświadczenie Pracodawcy - **Załącznik nr 1** do *Wniosku o dofinansowanie kształcenia*

*ustawicznego*.

2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **(** dotyczy tylko Pracodawców prowadzących działalność gospodarczą) - **Załącznik nr 2**.

3**.** Kopię dokumentu stanowiącego podstawę prawną prowadzonej działalności

(w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji

i Informacji o Działalności Gospodarczej) - oznaczyćjako **Załącznik nr 3.**

4.Program kształcenia ustawicznego - sporządzony oddzielnie dla każdej z wnioskowanych

form (szkolenie, studia podyplomowe) - oznaczyć jako **Załącznik nr 4.**

**Program powinien zawierać co najmniej (w załączeniu wzór):**

1**/** nazwę formy kształcenia,

2/ czas trwania i sposób organizacji,

3/ wymagania wstępne dla uczestników,

4/ cele danej formy kształcenia ujęte w kategoriach efektów uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych,

5/ plan nauczania określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar  
z uwzględnieniem, w miarę potrzeby, części teoretycznej i części praktycznej,

6/ opis treści – kluczowe punkty w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych,

7/ przewidziane sprawdziany i egzaminy,

8/ wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych.

5. Zakres egzaminu sporządzony oddzielnie dla każdego z wnioskowanych egzaminów   
(w przypadku wnioskowania o dofinansowanie kosztów egzaminu) - oznaczyć jako **Załącznik nr 4A.**

6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, dla każdej z wnioskowanych form kształcenia ustawicznego (kurs, studia podyplomowe, egzamin) - oznaczyć jako  
**Załącznik nr 5**.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.Zaświadczenie z uczelni potwierdzające kierunek studiów podyplomowych oraz wysokość

opłat za studia (w przypadku wnioskowania o dofinansowanie kosztów studiów podyplomowych) - oznaczyć jako **Załącznik nr 4B.**

8. Kserokopia umowy spółki (w przypadku spółki cywilnej).

9**.** Pełnomocnictwo, jeżeli Pracodawcę reprezentuje pełnomocnik.

**Informacja o sposobie rozpatrzenia *Wniosku:***

*1. Starosta rozpatruje wnioski wraz z załącznikami i w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku informuje pracodawcę o sposobie jego rozpatrzenia. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, starosta uzasadnia odmowę.*

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

***3. Niedołączenie wymaganych załączników, wymienionych we wniosku na str. 10, Lp. od 1 do 6, spowoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.***

***4. Niepoprawienie wniosku we wskazanym terminie spowoduje, że wniosek pozostanie   
bez rozpatrzenia. O pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia starosta poinformuje Pracodawcę na piśmie.***

*5. Dopuszcza się negocjacje treści wniosku pomiędzy starostą a pracodawcą, w celu ustalenia ceny usługi kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.*