

## POWIATOWY URZĄD PRACY W SANOKU

**ul. Rymanowska 20A, 38-500 Sanok, tel. 46 57 010, 46 57 065, fax. 46 57 000**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Wypełnia wnioskodawca** Sanok, dnia …………………………

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚRODKÓW REZERWY Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

UWAGA! Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego”

**A. DANE PRACODAWCY**

1. Nazwa i adres siedziby pracodawcy: …………………………………………………………………………………………  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
telefon…………………………………… strona www…………………………………………………………………………………

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

2. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej …………………………………………………......................

3. Nazwa banku i numer nieoprocentowanego konta pracodawcy ………………………………………………

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

4. REGON ……………………………………… NIP ……………………………………………

5. Oznaczenie **przeważającego** PKD ………………………………………………………………

6. Wielkość przedsiębiorstwa

**** mikro przedsiębiorca **** mały przedsiębiorca **** średni przedsiębiorca **** pozostałe   
  
7. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników: ………………………………………..

8. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy w kontaktach z Urzędem

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
telefon…………………………………… e – mail ………………………………………..……..

9. Oświadczam, że otrzymałem/am w okresie obejmującym bieżący rok i poprzedzające go dwa lata, pomoc de minimis w wysokości …………..………..zł/……………………..euro.

W przypadku uzyskania pomocy prosimy o przedstawienia zaświadczeń potwierdzających ten fakt.

10. Osoba/y upoważnione do zawarcia umowy w imieniu pracodawcy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

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

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

**B. INFORMACJE O PLANOWANYM KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM**

1) Informacja zbiorcza o uczestnikach kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | | Liczba pracodawców | | Liczba pracowników | |
| Objęci wsparciem | | razem | w tym kobiety | razem | w tym kobiety |
|  |  |  |  |
| Według rodzaju wsparcia | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego | x | x | x | x |
| 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 |  |  |  |  |

2) Informacja dot. kosztów i terminów kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj wsparcia | Termin  realizacji  (od - do) | Liczba osób | Koszt ogółem  (bez podatku VAT) |
| 1. | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego | X | X | X |
| 2. | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:   1. ………………………………………….. 2. ………………………………………….. |  |  |  |
| 3 | Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:  1) ……………………………………………  2) …………………………………………… |  |  |  |
| 4. | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:  1) ……………………………………………  2) …………………………………………… |  |  |  |
| 5. | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| 6. | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| OGÓŁEM | |  |  |  |

*UWAGA! W przypadku zmiany terminu realizacji poszczególnych działań pracodawca zobowiązany jest powiadomić   
o tym Powiatowy Urząd Pracy*

|  |  |
| --- | --- |
| WYSZCZEGÓLNIENIE KOSZTÓW | KWOTA (bez podatku VAT) |
| Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy |  |
| Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę |  |
| Wnioskowana wysokość środków z KFS |  |
| Średni koszt kształcenia na jednego uczestnika |  |

*UWAGA! Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy 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.*

**C. PRIORYTETY WYNIKAJĄCE Z DECYZJI RADY RYNKU PRACY WYDATKOWANIA ŚRODKÓW REZERWY KFS W 2022 r.:**

***(należy zaznaczyć właściwy priorytet)***

** priorytet 1** wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia

ogółem osób …………, w tym kobiet ………

 **priorytet 2** wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

ogółem osób …………, w tym kobiet ………

 **priorytet 3** wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców

ogółem osób …………, w tym kobiet ………

**UWAGA! Do wniosku należy dołączyć odpowiednie oświadczenie dotyczące spełniania wymagań określonych w wybranym przez pracodawcę priorytecie (według wzoru stanowiącego załącznik nr 7 – 9).**

**D. PORÓWNANIE OFERT RYNKOWYCH PLANOWANEGO KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/EGZAMINU/BADAŃ/NNW**

Oświadczam, że dokonałem/am rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi od instytucji szkoleniowych ofertami.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **OFERTA I**  **(oferta wybrana przez pracodawcę)** | | **OFERTA II (kontroferta)** | **OFERTA III**  **(kontroferta)** |
| **1** | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | |  | |  |  |
| **2** | **Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | |  | |  |  |
| **3** | **Termin usługi kształcenia ustawicznego** | |  | |  |  |
| **4** | **Cena usługi kształcenia ustawicznego**  **na 1 uczestnika** | |  | |  |  |
| **5** | **Liczba godzin** (na 1 uczestnika) | |  | |  |  |
| **6** | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (należy dołączyć kopię certyfikatów) | |  | |  |  |
| **7** | **Adres realizacji kształcenia ustawicznego** (miasto, ulica nr lokalu) | |  | |  |  |
| **8** | **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS** | |  | | | |
| **9** | W przypadku kursów należy podać adres publicznego rejestru elektronicznego dotyczącego posiadania dokumentu, na podstawie którego realizator kształcenia ustawicznego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego lub nazwę posiadanego dokumentu potwierdzającego te uprawnienia (należy dołączyć kopię dokumentu) | | | |  | |
| **10** | W przypadku kursów, gdy realizator kształcenia ustawicznego jest placówką kształcenia ustawicznego należy dołączyć dokument o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych | | | | **TAK** / **NIE\*** | |
| **Liczba uczestników** | | **Całkowita wysokość wydatku (100%)** | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę**  **(0% lub 20%)** | **Wnioskowana wysokość środków KFS**  **(100% lub 80%)** | |
|  | |  | |  |  | |

**UWAGA!**

**Na potwierdzenie działań związanych z wyborem najkorzystniejszej usługi, do wniosku o przyznanie środków z KFS należy dołączyć kontroferty tj. wypełnione przez instytucje szkoleniowe formularze ofertowe (zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 lub załącznik nr 6 do wniosku) oraz programy szkoleń (zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do wniosku).**

**Przy rozpatrywaniu wniosku będą brane pod uwagę tylko kontroferty sporządzone na właściwych drukach.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Niepotrzebne skreślić

**E. INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB, KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM Z KFS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Forma zatrudnienia1 | Okres trwania umowy2 | Wymiar czasu pracy | Plany dotyczące zatrudnienia3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1umowa o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielcza umowa o pracę

2np. na czas określony – wpisać datę od…do…, na czas nieokreślony – wpisać datę od …

3np. zmiana stanowiska pracy, przedłużenie umowy itp. W przypadku pracodawcy należy wskazać plany dot. działania firmy w przyszłości

**F. UZASADNIENIE WNIOSKU PRZY UWZGLĘDNIENIU KAŻDEGO Z PONIŻSZYCH PUNKTÓW:**

1. obecnych i przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego

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

b) zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy

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

c) zgodności planowanych działań z określonymi na 2022 r. przez **Ministra Rodziny i Polityki Społecznej** priorytetami wydatkowania środków KFS (wypełnić zgodnie z wybranym priorytetem)

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

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

*(data) (podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania pracodawcy)*

**Oświadczam, że:**

1. jestem pracodawcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 25 i pkt 43 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.   
   o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, tj. zatrudniam co najmniej jednego pracownika (do stanu zatrudnienia nie wlicza się właściciela lub właścicieli firmy),
2. nie ubiegam się w innym powiatowym urzędzie pracy o środki z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników objętych niniejszym wnioskiem,
3. nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z realizatorem kształcenia ustawicznego; przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy a realizatorem kształcenia polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa   
lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i)  
lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

1. osoby przewidziane do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach KFS nie przebywają na urlopie macierzyńskim, ojcowskim, wychowawczym, bezpłatnym,
2. zapoznałem się z „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego”   
   i zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów.
3. przyjmuję do wiadomości, że Dyrektorowi Powiatowego Urzędu Pracy w Sanoku (lub upoważnionym pracownikom) przysługuje prawo do kontroli wiarygodności danych zawartych we wniosku, a w przypadku podania nieprawdziwych informacji - prawo odmowy udzielenia pomocy. Zobowiązuję się do przedłożenia niezbędnych dokumentów oraz umożliwienia przeprowadzenia kontroli w miejscu prowadzonej działalności.
4. wszystkie informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne   
   ze stanem faktycznym i prawnym. Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

*(data) (podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 (w przypadku spółek cywilnych powyższy wymóg dotyczy zarówno spółki, jak i każdego ze wspólników);
2. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2;
3. kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności -   
   w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji   
   i Informacji o Działalności Gospodarczej np. kserokopia umowy spółki prawa cywilnego wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami, statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne właściwe dokumenty;
4. program kształcenia ustawicznego (szkolenie, kurs, studia podyplomowe) lub zakres egzaminu, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 3 (również dla kontrofert);
5. wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących;
6. pełnomocnictwo – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 (jeżeli dotyczy danego wnioskodawcy);
7. informacja z instytucji szkoleniowej – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 (również dla kontrofert);
8. informacja dotycząca studiów podyplomowych – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 6 (również dla kontrofert);

oraz oświadczenie dotyczące wybranego przez pracodawcę priorytetu:

1. oświadczenie dotyczące priorytetu nr 1 – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 7;
2. oświadczenie dotyczące priorytetu nr 2 – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 8;
3. oświadczenie dotyczące priorytetu nr 3 – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 9.

**UWAGA! WNIOSEK BEZ KOMPLETU ZAŁĄCZNIKÓW NIE ZOSTANIE ROZPATRZONY**

**Powiatowy Urząd Pracy w Sanoku zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów, niezbędnych do rozpatrzenia wniosku.**