

Załącznik nr 1 do „Zasad finansowania działań

na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców

w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego

realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Wieliczce”.

**…………………………………………………. …………………………dn………………..2024 r.**

**Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy**

**Powiatowy Urząd Pracy w Wieliczce**

**WNIOSEK PRACODAWCY**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców.**

**Podstawa prawna:**

* art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
* rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
* rozporządzenie 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.
* 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.

rozporządzenie Komisji /UE/ Nr 717/2014 z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury

I**nformacja:**

* Wniosek należy wypełnić czytelnie.
* Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez Wnioskodawcę.
* Każda pozycja we wniosku musi być wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy należy wpisać „nie dotyczy”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY** | | | | |
| 1. Pełna nazwa pracodawcy. |  | | | |
| 1. Adres siedziby Wnioskodawcy lub miejsce prowadzenia działalności prowadzonej na terenie powiatu wielickiego |  | | | |
| 1. Adres do korespondencji. |  | | | |
| 1. Forma prawna działalności (np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, sp. z o.o., spółka jawna, spółka komandytowa, spółka akcyjna). |  | | | |
| 1. Telefon. |  | | | |
| 1. Numer identyfikacyjny REGON. |  | | | |
| 1. Numer identyfikacji podatkowej NIP. |  | | | |
| 1. Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej. |  | | | |
| 1. Numer działalności gospodarczej według PKD (**przeważającego rodzaju).** |  | | | |
| 1. Wielkość przedsiębiorstwa\* (jeśli dotyczy):  * mikroprzedsiębiorca (mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwa, które zatrudniają\*\* mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO\*\*\*). * mały przedsiębiorca (małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwa, które zatrudniają\*\* mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO\*\*\*). * średni przedsiębiorca (średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwa, które zatrudniają\*\* mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EURO\*\*\* lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO\*\*\*). | | | | |
| * inny przedsiębiorca.\*   \* właściwe zaznaczyć;  \*\* średniorocznie;  \*\*\* netto. | | | | |
| 1. Liczba zatrudnionych pracowników.   Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 Kodeksu Pracy). |  | | | |
| 1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy i  podpisania wnioskowanej umowy oraz zajmowane stanowisko (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem). |  | | | |
| **OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY.** | | | | |
| 13. Imię i nazwisko oraz zajmowane  stanowisko. |  | | | |
| 14. Telefon oraz adres poczty elektronicznej (email): |  | | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | |
| 15. Wnioskowana wysokość środków z KFS:  Pracodawca może wnioskować o środki z KFS w wysokości:  **- 80% kosztów kształcenia ustawicznego,** nie więcej jednak niż **6 000 zł** w danym roku na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż ½ etatu (pracodawca w ramach wkładu własnego pokrywa 20% kosztów kształcenia ustawicznego).  **- 100% kosztów kształcenia ustawicznego w przypadku mikroprzedsiębiorstw,** nie więcej jednak niż **6 000 zł** w danym roku na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż ½ etatu.  Maksymalna kwota dofinansowania dla jednego pracodawcy w roku 2024 nie może być wyższa niż:   * 1. w przypadku mikro przedsiębiorców **25 000 zł,**   2. w przypadku pozostałych pracodawców **40 000 zł.** | | |  | |
| 16. Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę. | | |  | |
| 17. Całkowita wysokość wydatków. | | |  | |
| 18. Numer rachunku bankowego **Wnioskodawcy-Pracodawcy.**  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  **UWAGA! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania środków KFS muszą one zostać przekazane realizatorowi działań z ww. konta.** | | | | |
| 19. Łączna liczba osób objętych kształceniem ustawicznym. (Należy w odpowiedniej rubryce podać liczbę pracodawców oraz liczbę pracowników). | | | | |
| Grupa wiekowa. | Liczba Pracodawców | Liczba pracowników | | |
| ogółem | | w tym kobiety |
| 15 – 24 |  |  | |  |
| 25 - 34 |  |  | |  |
| 35 - 44 |  |  | |  |
| 45 i więcej |  |  | |  |
| Ogółem: |  |  | |  |

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

(Data) (Pieczątka i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)

20. Działania do realizacji ze środków KFS wskazane przez pracodawcę na rzecz kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników

**UWAGA !!! Dla każdego KANDYDATA planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym należy wypełnić odrębnie poniższą tabelę.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KANDYDAT NR:………….**  **(należy podać liczbę porządkową dla każdego kandydata odrębnie tj. 1, 2, 3…)** | **Dane dotyczące kandydata planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Planowane do poniesienia ogółem koszty w poszczególnych działaniach dla kandydata.1** | | | | | | |
| pracodawca | | pracownik | | | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | rodzaj umowy o pracę 2  oraz  wymiar etatu  (np. 1/1, ¾ itp. jednakże nie mniej niż ½) | okres zatrudnienia  (od….do…)3 | | | | zajmowane  stanowisko | wykształcenie | | | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS 4** | | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | | | | **Całkowita**  **wysokość wydatków na wsparcia w zł** |
| K | M | K | | M |
| **Wyszczególnienie działań**  **(dla 1 kandydata)** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  | | |  | |  | | | |  |
| **1.1. Kursy / szkolenia do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**  Nazwa kursu / szkolenia  …………………………………………………..…………………………………….………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………..…………………………………………….  Liczba godzin szkolenia:…………………………………………………..………………………………… | | | | | | | | | | 1.1.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego…………………………………………..………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….................................................................................................................................................................  1.1.2. Posiadanie przez ww. realizatora usługi kształcenia ustawicznego aktualnych certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu.  1.1.3. Czy w publicznych rejestrach elektronicznych dostępna jest informacja dotycząca prowadzenia przez ww. realizatora pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego tj. posiadanie przez ww. realizatora kształcenia ustawicznego numeru ewidencji PKD zaczynającego się od numeru 85.  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wskazać rejestr, w którym jest dostępna………………………………………………………………………………………………………………………………  Jeżeli NIE należy przedłożyć stosowne dokumenty, na podstawie których ww. realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1.4. Koszt kursu / szkolenia: | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 1.1.) .** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 1.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 1.1.).** | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | |
| **1.2. Kursy / szkolenia do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**  Nazwa kursu / szkolenia  …………………………………………………..…………………………………….………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………..……………………………………………  Liczba godzin szkolenia:…………………………………………………..………………………………… | | | | | | | | | | 1.2.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………..…………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….................................................................................................................................................................  1.2.2. Posiadanie przez ww. realizatora usługi kształcenia ustawicznego aktualnych certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu.  1.2.3. Czy w publicznych rejestrach elektronicznych dostępna jest informacja dotycząca prowadzenia przez ww. realizatora pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego tj. posiadanie przez ww. realizatora kształcenia ustawicznego numeru ewidencji PKD zaczynającego się od numeru 85.  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wskazać rejestr, w którym jest dostępna………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Jeżeli NIE należy przedłożyć stosowne dokumenty, na podstawie których ww. realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2.4. Koszt kursu / szkolenia: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 1.2.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 1.2.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 1.2.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **1.3. Kursy / szkolenia do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:**  Nazwa kursu / szkolenia  …………………………………………………..…………………………………….………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) …………………………………………………..…………………………………………….  Liczba godzin szkolenia:…………………………………………………..………………………………… | | | | | | | | | | 1.3.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………..……………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….................................................................................................................................................................  1.3.2. Posiadanie przez ww. realizatora usługi kształcenia ustawicznego aktualnych certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu.  1.3.3. Czy w publicznych rejestrach elektronicznych dostępna jest informacja dotycząca prowadzenia przez ww. realizatora pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego tj. posiadanie przez ww. realizatora kształcenia ustawicznego numeru ewidencji PKD zaczynającego się od numeru 85.  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wskazać rejestr, w którym jest dostępna………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Jeżeli NIE należy przedłożyć stosowne dokumenty, na podstawie których ww. realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.4. Koszt kursu /  szkolenia: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 1.3.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 1.3.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 1.3.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **2.1. Studia podyplomowe do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą**  Nazwa studiów podyplomowych …………………………………………………..…………………………………….………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr) ………………………………………………………………………………………………..  Liczba godzin zajęć:……………………………………..…………………………………..………………. | | | | | | | | | | 2.1.1.Nazwa NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego……………………………………………………………………..………..……………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….................................................................................................................................................................  2.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.3. Koszt studiów  podyplomowych: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 2.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 2.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 2.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **3.1 . Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:**  Nazwa egzaminu  …………………………………………………..…………………………………….………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr)  …………………………………………………………………………………………………  Liczba godzin  ………………………………….…………………………………………………………….. | | | | | | | | | | 3.1.1.Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego  …………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  3.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości) :  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1.3. Koszt egzaminu: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 3.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 3.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 3.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **4.1 Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:**  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr)  ………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | 4.1.1.Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego  …………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  4.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), lub inny znak jakości) :  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.3. Koszt  badań lekarskich | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 4.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 4.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 4.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **5.1 Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem:**  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr)  ………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | 5.1.1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego  ……………………………………………………………………………………….…..………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..  5.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1.3. Koszt ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 5.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 5.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 5.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **6.1 Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:**  Termin realizacji (od – do) (dd/mm/rrrr)  …………………………………………………………………………………………………  Liczba godzin  ………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | * + 1. Nazwa, NIP oraz siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego   ……………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  6.1.2. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego ( np. certyfikat jakości usług (ISO), lub inny znak jakości):  **□ TAK □ NIE**  Jeżeli TAK należy wpisać nazwę ww. certyfikatu ………………………………………………………………………………………………………………………………………..… oraz załączyć kserokopię za zgodność z oryginałem ww. certyfikatu. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.3. Koszt określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: | | | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **(dotyczy pkt 6.1.).** | | | | | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł (dotyczy pkt 6.1.).** | | | | | **Całkowita wysokość**  **wydatków na wsparcia w zł**  **(dotyczy pkt 6.1.).** | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |
| **UWAGA !!! Należy zaznaczyć jeden z poniższych priorytetów odpowiednio dla:**  **- pkt 7 - ubiegania się o *środki z limitu podstawowego KFS,***  **- pkt 8 - ubiegania się o środki *rezerwy KFS.***  **7. Priorytety wydatkowania dla środków z limitu podstawowego KFS w roku 2024, w których wnioskodawca planuje objąć kierowaną osobę (należy wskazać jeden z priorytetów):**  **7.1 (priorytet 1) wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy:**  **□ TAK □ NIE**    Wnioskodawca, który chce ubiegać się o środki KFS z priorytetu, o którym mowa w pkt 7.1 powinien dostarczyć wiarygodny dokument (należy przedłożyć do wniosku kserokopię potwierdzonego za zgodność z oryginałem np. dokumentu zakupu, decyzji o wprowadzeniu norm ISO itp.) i złożyć stosowne oświadczenie (Załącznik nr 9 do wniosku):  Wsparciem kształcenia ustawicznego w ramach tego priorytetu można ująć tylko osobę, która w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych korzysta lub będzie korzystała z nowych technologii i narzędzi pracy lub wdrażała nowe procesy, technologie i systemy.  …………………………..  podpis pracodawcy  **7.2 (priorytet 2) wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych: □ TAK □ NIE**  Jeżeli Tak należy wpisać nazwę zawodu zgodnie z opracowanym dla **powiatu wielickiego lub województwa małopolskiego** **barometrem zawodów deficytowych na 2024 (**dostępnego na stronie internetowej [www.barometrzawodow.pl](http://www.barometrzawodow.pl))**:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………    …………………………..  podpis pracodawcy  **7.3 (priorytet 3) wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych (członkowie rodzin wielodzietnych to osoby, które mają na utrzymaniu łącznie co najmniej 3 dzieci, bądź są członkami rodziny wielodzietnej, która na dzień złożenia wniosku posiada Kartę Dużej Rodziny bądź spełnia warunki jej posiadania):**  **□ TAK □ NIE**  Wnioskodawca do wniosku powinien załączyć oświadczenie, że uczestnik kształcenia spełnia kryteria dostępu dla tego priorytetu (Załącznik nr 10 do wniosku).  …………………………..  podpis pracodawcy  **7.4 (priorytet 4) wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych:**  **□ TAK □ NIE**  Wnioskodawca do wniosku powinien załączyć oświadczenie, że uczestnik kształcenia spełnia kryteria dostępu dla tego priorytetu (Załącznik nr 11 do wniosku).  …………………………..  podpis pracodawcy  **7.5 (priorytet 5) wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej:**  **□ TAK □ NIE**  Oświadczam, że na dzień **1 stycznia 2024 r**. prowadziłem działalność gospodarczą oznaczoną według Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) 2007, **kodem: ………………… —  jako rodzaj przeważającej działalności:**    …………………………..  podpis pracodawcy  **7.6 (priorytet 6) wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia (na dzień składania wniosku osoba ukończyła 45 lat):**  **□ TAK □ NIE**  Oświadczam, iż osoba, którą planuję objąć kształceniem ustawicznym na dzień złożenia wniosku jest osobą w wieku powyżej 45 roku życia (dotyczy zarówno pracodawców jak i pracowników).    …………………………..  podpis pracodawcy  **7.7 (priorytet 7) wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców:**  **□ TAK □ NIE**  Oświadczam, iż jestem pracodawcą zatrudniającym cudzoziemców. W ramach tego priorytetu należy adresować pomoc dla specyficznych potrzeb pracowników cudzoziemskich, którzy wymagają m.in. doskonalenia wiedzy z zakresu specyfiki polskich regulacji lub dostosowania się do kultury organizacji polskich przedsiębiorstw. Dodatkowo w ramach tego priorytetu mogą zostać objęci wsparciem pracodawcy i pracownicy z polskim obywatelstwem, o ile zaproponowane szkolenia ułatwią lub umożliwią pracodawcom i polskim obywatelom pracę z cudzoziemcami.  …………………………..  podpis pracodawcy  **7.8 (priorytet 8) wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach:**  **□ TAK □ NIE**  Oświadczam, iż osoba, którą planuję objąć kształceniem ustawicznym na dzień złożenia wniosku realizuje w firmie zadania z obszaru zarządzania i finansów:    …………………………..  podpis pracodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Priorytety wydatkowania dla środków rezerwy KFS w roku 2024, w których wnioskodawca planuje objąć kierowaną osobę (należy wskazać jeden z priorytetów jeżeli dotyczy):**  **8.1 (priorytet 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 MRPiPS:**  **□ TAK □ NIE**  …………………………..  podpis pracodawcy  **8.2 (priorytet B) wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności (osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności):**  **□ TAK □ NIE**  Oświadczam, iż osoba, którą planuję objąć kształceniem ustawicznym posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.    …………………………..  podpis pracodawcy  **8.3 (priorytet C) wsparcie 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:**  **□ TAK □ NIE**  …………………………..  podpis pracodawcy  **8.4 (priorytet D) wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju:**  **□ TAK □ NIE**  …………………………..  podpis pracodawcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym korzystała z kształcenia ustawicznego z KFS w 2023 roku.** | | **□ TAK** (*jeśli tak, proszę wskazać nazwę szkolenia oraz wysokość wsparcia*)  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **□ NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Uzasadnienie do każdej z wymienionych form wsparcia odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS (bez informacji uznanych za dane wrażliwe).** | | **Pozycja** | | **Uzasadnienie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS (krótki opis uzasadniający wybór realizatora kształcenia ustawicznego: instytucji szkoleniowej, placówki medycyny pracy, firmy ubezpieczeniowej itd.) .** | | **Pozycja** | | **Uzasadnienie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku.5** | | **Pozycja** | | **Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | | | | | | | | | | **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego oraz NIP** | | | | | | **Liczba godzin** | | | | **Cena oferty na 1 osobę** | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
| **13. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS.**  **W przypadku pracodawcy objętego kształceniem ustawicznym należy podać informację o planach dotyczących działania firmy w przyszłości.** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego nie obejmuje kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz kosztów delegacji.

2 Zgodnie z art. 2 Kodeksu Pracy, pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

3 W przypadku, gdy wnioskodawca kieruje na kształcenie ustawiczne pracownika, któremu umowa kończy się w trakcie tego kształcenia należy dołączyć oświadczenie pracodawcy, że umowa zostanie przedłużona, co najmniej do momentu zakończenia kształcenia.

4 Na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, Urząd może przyznać środki z KFS na sfinansowanie kosztów, w wysokości **80%** tych kosztów, nie więcej jednak niż **6 000 zł** w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości **100%,** nie więcej jednak niż **6 000 zł** w danym roku na jednego uczestnika w przypadku pracodawców oraz pracowników zatrudnionych w wymiarze 1/1 etatu oraz proporcjonalnie mniej w przypadku pracowników zatrudnionych w mniejszym wymiarze, jednak nie mniejszym niż ½ etatu.

5 Należy wskazać do każdej usług kształcenia ustawicznego, o które się ubiega wnioskodawca min. 1 porównanie cenowe podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne.

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

(Data) (Pieczątka i podpis pracodawcy lub innej osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w jego imieniu)