|  |
| --- |
| Adnotacje PUP:wpisano do rejestru wniosków pod nr: CAZ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.2018.kk |

……………….....…………...……

(miejscowość i data)

**Starostwo Powiatowe**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Obornikach**

**Wniosek Pracodawcy**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców**

|  |
| --- |
| Podstawa prawna:1. Na zasadach określonych w art. 69a oraz 69b ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. 2018 poz. 1265 i 1149)
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r, poz. 117)
 |

|  |
| --- |
| 1. **Dane dotyczące Pracodawcy**
 |

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

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

2. Adres siedziby pracodawcy ……………………………………………………………………

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

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

5. Adres e-mail …………………………………………………………………………………...

6. Numer REGON…………………………………………………...…………………….……..

7. Numer NIP…………………………………………………………………………….….……

8. Forma prawna prowadzonej działalności……..………………………………………………..

9. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją

 Działalności (PKD) – oznaczenie przeważającego PKD ………………………………………

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

10. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników……………………………………...………

 (na dzień złożenia wniosku)

11. Osoba/osoby uprawniona/e do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie

 z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

a) imię i nazwisko……………………………………………………………………………

b) stanowisko służbowe……………………………………………………………………..

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z urzędem:

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

telefon …………………………. adres e-mail…………………….……………………….

13. Nr rachunku bankowego ……………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

(określenie potrzeb pracodawcy) |

**UWAGA: zgodnie z art. 2 Kodeksu pracy, za PRACOWNIKA uznaje się osobę zatrudnioną wyłącznie na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, z pominięciem osób zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych, tj. umów zlecenia czy umów o dzieło.**

1. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Pracodawca** | **Liczba pracowników** | **Termin realizacji wsparcia** |
| razem | kobiety |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| Według rodzaju wsparcia | kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 |  |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |

1. Rodzaje wsparcia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj wsparcia** | **Koszt na osobę** | **Liczba osób** | **Koszt ogółem** |
| 1. | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:1. ………………………
2. ………………………
 |  |  |  |
| 2. | Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:1. ……………………….
2. ……………………….
 |  |  |  |
| 3. | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:1. ………………………..
2. ………………………..
 |  |  |  |
| 4. | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| 5. | Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
|  | Ogółem: |  |  |  |

1. Czy pracownik/pracodawca będzie korzystał więcej niż z jednej formy kształcenia?

TAK / NIE

Jeżeli tak należy wskazać dane osoby ze wskazaniem formy wsparcia (np. nazwa szkolenia) oraz koszt na osobę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko pracownika / pracodawcy** | **Nazwa kształcenia** | **Koszt na osobę** | **Razem koszty na osobę** |
| 1. |  | 1. ………….
2. ………….
 | ……………….………………. |  |
| 2. |  | 1. ………….
2. ………….
 | ………………..……………….. |  |
| 3. |  | 1. ………….
2. ………….
 | ………………..……………….. |  |

|  |
| --- |
| 1. **DANE DOT. REALIZATORA USŁUGI ORAZ CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**
 |

1. Nazwa i siedziba realizatora: …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

1. Nazwa kształcenia ustawicznego: ……………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………

1. Liczba godzin kształcenia ustawicznego: ……………………………………………….
2. Cena usługi: ……………………………………………………………………………..
3. Certyfikat jakości oferowanych usług (nazwa dokumentu) – kopię należy dołączyć do wniosku: ………………………………………………………………………………….
4. W przypadku kursów – nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator ma uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego – kopię należy dołączyć do wniosku: …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie wybory realizatora usługi: ………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

1. Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (należy dołączyć min. 2 oferty jeśli to możliwe) …………………………………………

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

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

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

1. Całkowita wysokość wydatków, które będą poniesione na działania związane z kształceniem ustawicznym (wymienione w art. 69a ust 2 pkt. 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy):

 …………………………………………………………………………………….. w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS………..…………………………………………………….
2. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę………………………….……\*

\*Uwaga:

wysokość wsparcia:

- **80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS,** nie więcej niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje pozostałe 20% kosztów;

- **100% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS** – jeśli pracodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

- **Mikroprzedsiębiorca** to przedsiębiorca, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników, a jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EURO, zgodnie z załącznikiem nr I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008r. uznającego niektóre rodzaje pomocy zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu

|  |
| --- |
| 1. **UZASADNIENIE WNIOSKU ORAZ PLANY NA PRZYSZŁOŚĆ**
 |

1. Priorytety:

**W roku 2018 środki KFS z Rezerwy Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przeznaczane są zgodnie z następującymi priorytetami:**

(należy wskazać priorytet, którym kieruje się pracodawca wnioskując o środki KFS)

* **I priorytet** – wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
* **Zawód, w kierunku którego wnioskowane jest kształcenie: …………………………………**
* **II priorytet** – wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;

Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy:

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

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

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

1. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego (proszę podkreślić i skomentować odpowiedź TAK lub podkreślić NIE):

TAK – jakie: ……………………………………………………………………………………………...

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

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

NIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)

**Do wniosku pracodawca załącza:**

1. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do KRS lub CEiDG np. umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (np. właściwe dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
3. Zaświadczenia lub oświadczenie (**zał. nr 1**) o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt. 1 i ust. 2 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.)
4. Ofertę kształcenia ustawicznego (z uwzględnieniem programu szkolenia, terminu realizacji, liczby godzin, kosztu jednostkowego szkolenia, terminu płatności dla instytucji szkoleniowej) od realizatora usługi lub zakres egzaminu.
5. Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego.
6. W przypadku gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa(tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
7. Klauzula informacyjna oraz oświadczenie pracodawcy w zakresie spełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO. **(zał. nr 2)**
8. Oświadczenie o skorzystaniu / niekorzystaniu z środków KFS w latach poprzednich **(zał. nr 3)**
9. Dokument, na podstawie, którego realizator usługi prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego np. wpis do CEiDG lub KRS lub wpis do RIS.
10. Min. dwie oferty dot. tego samego kształcenia ustawicznego z podaniem nazw ośrodków / uczelni oraz cen – o ile są dostępne.
11. Certyfikat jakości usług – jeśli wybrany realizator usługi kształcenia ustawicznego taki posiada.
12. Oświadczenie wnioskodawcy **– (zał. nr 4).**

zał. nr 1 do wniosku

**Oświadczenie**

**o otrzymanej pomocy publicznej oraz pomocy *de minimis***

|  |
| --- |
| **Dane wnioskodawcy** |

1. Pełna nazwa firmy: ..................................................................................................................
2. Adres siedziby firmy: …………………….………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Oświadczenie** |

1. Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych otrzymałem / nie otrzymałem pomoc *de minimis*, jeżeli została udzielona pomoc de minims proszę o uzupełnieni poniższej tabeli:

| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy[[1]](#endnote-1) | Dzień udzielenia pomocy[[2]](#endnote-2)(dzień-miesiąc-rok) | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy[[3]](#endnote-3) | Wartość pomocy brutto[[4]](#endnote-4) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  | w PLN | w EUR[[5]](#endnote-5) |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem pomoc de minimis |  |  |

1. Informuję o otrzymaniu / nieotrzymaniu pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc „de minimis” w wysokości: .........................................................................

zał. nr 2 do wniosku

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 informuję, że

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Obornikach jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych.

WPowiatowym Urzędzie Pracy w Obornikach, powołanoinspektora ochrony danych osobowych Pana Jacka Krzyżaniaka i ma Pani/Pan prawo kontaktu z nim za pomocą adresu e-mail iod@synergiaconusulting.pl oraz tel. 500-610-605.

Podanie danych osobowych w postaci; oznaczenia pracodawcy (nazwa, dane teleadresowe), imienia i nazwisko oraz stanowisko osoby reprezentującej pracodawcę, imienia i nazwiska, stanowiska, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy.

jest dobrowolne, jednakże konsekwencją niepodania danych osobowych wymaganych przez Administratora jest brak możliwości rozpatrzenia niniejszego wniosku oraz zawarcia i wykonanie umowy.

Pani/Pana Dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców oraz realizacją umowy - art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

- przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze (rozliczenie z ZUS, US) - art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

Pani/Pana dane będą udostępniane:

- podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,

- podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z Administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania usunięcia po ustaniu celu oraz po upływie okresu w jakim Administrator był zobowiązany przechowywać dokumentację.

Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

………………………………………… ………..…………………………

 (miejscowość, data ) (podpis)

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczenie Pracodawcy w zakresie spełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam/y że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 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 ) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie dofinansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców oraz realizacją wnioskowanej umowy

………………………………………… ………..…………………………

( miejscowość, data ) ( podpis )

zał. nr 3 do wniosku

………………………………………..

Pracodawca (pieczątka)

**Oświadczenie o skorzystaniu / niekorzystaniu**

**z środków KFS w latach poprzednich**

Oświadczam, że w okresie od 2014 do 2018 roku **nie skorzystałem / skorzystałem 1** z środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

W przypadku skorzystania z środków KFS proszę wypełnić poniżej:

* Kwota dofinansowania z środków KFS: ……………………………………………….
* Organ udzielający wsparcia: Powiatowy Urząd Pracy w ………………………………
* Dofinansowanie nastąpiło w roku ………………………………………………………

 ………………………………………

podpis pracodawcy

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-1)
2. zał. nr 4 do wniosku

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.

	1. **Spełniam/ nie spełniam\*** warunki/ów rozporządzenia 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 z 24.12.2013). □ nie dotyczy

	1. **Spełniam/ nie spełniam\*** warunki/ów rozporządzenia (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 z 24.12.2013. □ nie dotyczy

	1. **Spełniam/ nie spełniam**\* warunki rozporządzenia Komisji (WE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L193 z 25.07.2007, str. 6), ponieważ w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych nie korzystałem/liśmy ze środków pomocy przekraczających kwotę **30 tys. EUR.** □ nie dotyczy

Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.

	1. Zapoznałem się z Regulaminem finansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) przez Powiatowy Urząd Pracy w Obornikach i nie wnoszę żadnych uwag.Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

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

(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy) [↑](#endnote-ref-2)
3. [↑](#endnote-ref-3)
4. |  |
| --- |
|  **Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy** |

 [↑](#endnote-ref-4)
5. Wniosek:

	* Rozpatrzony pozytywnieLiczba punktów: ……………………………………..

	* Rozpatrzony negatywnie ze względu na:
	* niezgodność z założeniami KFS: …………….…………………………………...…………………………………………………………………………………….

	* brak środków: ………………………………………………………………….. …………………………………………..

 (data, podpis Dyrektora PUP) [↑](#endnote-ref-5)