

**Do Dyrektora  
Powiatowego Urzędu Pracy  
w Jarocinie**

.....  
(numer kancelaryjny wpływu-wypełnia PUP)

## **WNIOSEK O PRYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA FINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117).
3. Zasady przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Jarocinie.

**Oraz akty prawne dotyczące udzielania pomocy publicznej i pomocy de minimis.**

4. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 62).
5. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311 ze zm.).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r., Nr. 121, poz. 810).
7. 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 z 24.12.2013,
8. 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)

**Pouczenie:**

1. Wniosek dotyczy ubiegania się o środki na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników z KFS w ramach priorytetów ustalonych przez ministra właściwego ds. pracy na 2020 rok.
2. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie oraz czytelne wypełnienie.
3. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie tej poprawki.
4. Wszystkie pola wniosku powinny zostać wypełnione. W przypadku, kiedy dane pole nie dotyczy podmiotu – należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.
6. Stanowisko Urzędu dotyczące sposobu rozpatrzenia wniosku nie jest decyzją administracyjną i nie podlega procedurom odwoławczym, a złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.
7. **W przypadku, gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo, starosta wyznacza pracodawcy termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.**
8. **W przypadku, gdy wniosek nie zostanie poprawiony we wskazanym terminie, lub gdy do wniosku nie zostaną dołączone załączniki 3, 4, 7, 8, 9 wniosek ten pozostawia się bez rozpatrzenia.**
9. Dopuszcza się negocjacje pomiędzy starostą a pracodawcą treści wniosku, w celu ustalenia ceny usługi, programu kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usług oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

1. Pełna nazwa pracodawcy: .....
2. Adres siedziby pracodawcy: .....
3. Adres do korespondencji: .....
4. Miejsce prowadzenia działalności (adres)  
(w przypadku braku ww. adresu w KRS lub CEIDG należy dołączyć do wniosku umowę najmu, użyczenia itp.):  
.....
5. Numer telefonu: ....., e-mail: .....
6. Imię i nazwisko osoby/osób uprawnionej/ych do podpisania umowy w imieniu podmiotu- funkcja  
(uprawnienie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych podmiotu lub stosownych pełnomocnictw dołączonych do wniosku):  
..... funkcja: .....
7. Imię i nazwisko, stanowisko i telefon osoby upoważnionej do udzielania informacji w sprawie wniosku: ..... tel. ....
8. Data rozpoczęcia działalności (gospodarczej): .....
9. REGON: ....., NIP: ....., PKD: .....
10. Numer ewidencyjny PESEL (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej): .....
11. Miejsce zamieszkania (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej):  
.....
12. Rodzaj prowadzonej działalności przez podmiot, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej:
  - ☐ zarobkowa działalność wytwórcza,
  - ☐ zarobkowa działalność budowlana,
  - ☐ zarobkowa działalność handlowa,
  - ☐ zarobkowa działalność usługowa,
  - ☐ poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż,
  - ☐ zarobkowa działalność zawodowa,
13. Forma prawna prowadzonej działalności:
  - ☐ przedsiębiorstwo państwowe,
  - ☐ spółdzielnia,
  - ☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą,
  - ☐ spółka akcyjna,
  - ☐ spółka z o.o.,
  - ☐ spółka cywilna,
  - ☐ inna: .....
14. Forma opodatkowania:
  - ☐ ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
  - ☐ księga przychodów i rozchodów
  - ☐ pełna księgowość
  - ☐ karta podatkowa
15. Nr rachunku bankowego pracodawcy, na które mają zostać przekazane środki z KFS:

[illegible]

## II. INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA I STATUSIE 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. Pracodawca zalicza się do:

- ☐ osób prawnych zatrudniających co najmniej jednego pracownika,
- ☐ jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, zatrudniających co najmniej jednego pracownika,
- ☐ osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą zatrudniających co najmniej jednego pracownika,
- ☐ osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, zatrudniających co najmniej jednego pracownika.

2. Stan zatrudnienia:

| Rodzaj umowy                                                                                   | Liczba pracowników<br>(liczba osób bez względu na wymiar etatu) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
|                                                                                                | Stan aktualny (na dzień złożenia wniosku)<br>(data) tj. ....    |
| <b>1) Umowa o pracę ogółem:</b>                                                                |                                                                 |
| a) na czas nieokreślony:                                                                       |                                                                 |
| b) na czas określony:                                                                          |                                                                 |
| c) inne (jakie?): .....<br>.....                                                               |                                                                 |
| <b>2) Inne rodzaje umów:</b><br>(proszę wymienić np. umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inne): |                                                                 |
| a) .....                                                                                       |                                                                 |
| b) .....                                                                                       |                                                                 |

3. Wielkość przedsiębiorcy

(w rozumieniu rozporządzenia Komisji (WE) Nr 800/2008 z 6 sierpnia 2008r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 traktatu (Dz. Urz. WE L 214 z 06.08.2008, s. 38 z późn. zm.):

- ☐ **Mikroprzedsiębiorstwo** (w kategorii MŚP mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.),
- ☐ **Małe przedsiębiorstwo** (w kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR),
- ☐ **Średnie przedsiębiorstwo** (przedsiębiorstwo zatrudniające więcej niż 50 a mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót oraz całkowity bilans roczny nie przekracza 50 milionów EURO, lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EURO).),
- ☐ **Duże przedsiębiorstwo** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia więcej niż 250 pracowników, i których roczny obrót przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny przekracza 43 milionów EUR.).
- ☐ Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą.

**ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA ROK 2020.**

*(proszę zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się pracodawca wnioskując o środki z KFS)*

**UWAGA!!!**

Opis oceny spełnienia/niespełnienia nw. priorytetów zawierają „Zasady przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców”.

- ☐ 1. Wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem;

*Do wniosku należy dołączyć oświadczenie o powrocie pracownika na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem (dla każdego uczestnika kształconego na podstawie ww. priorytetu (załącznik nr 5 do wniosku))*

- ☐ 2. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;

- ☐ 3. Wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;

Zawód/zawody objęty/e przez pracodawcę kształceniem: .....

- ☐ 4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem wprowadzanych przez firmy narzędzi pracy;

- ☐ 5. **Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.**

Obszar/Branża: .....

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ 6. **Wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ☐ 7. **Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej.**

**UWAGA! Wsparcie kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zostanie przyznane wyłącznie pracodawcom, których dana forma kształcenia ustawicznego spełnia wymagania określone przynajmniej w jednym ze wskazanych wyżej priorytetów.**

#### IV. INFORMACJA O PLANOWANYM RODZAJU KSZTAŁCENIA

| Wyszczególnienie                                                                                                                                                                          |                                                                   | Liczba pracodawców planowanych do objęcia kształceniem |               | Liczba pracowników planowanych do objęcia kształceniem |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                                                                                                                           |                                                                   | razem:                                                 | w tym kobiet: | razem:                                                 | w tym kobiet: |
| <b>Objęci wsparciem ogółem</b>                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                        |               |                                                        |               |
| Według rodzajów wsparcia                                                                                                                                                                  | kursy                                                             |                                                        |               |                                                        |               |
|                                                                                                                                                                                           | studia podyplomowe                                                |                                                        |               |                                                        |               |
|                                                                                                                                                                                           | egzamin                                                           |                                                        |               |                                                        |               |
|                                                                                                                                                                                           | badania lekarskie i/lub psychologiczne                            |                                                        |               |                                                        |               |
|                                                                                                                                                                                           | ubezpieczenie NWW                                                 |                                                        |               |                                                        |               |
|                                                                                                                                                                                           | określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |                                                        |               |                                                        |               |
| 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                                                            |                                                        |               |                                                        |               |
| osoby, 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. |                                                                   |                                                        |               |                                                        |               |

## V. INFORMACJA O RODZAJU I KOSZTACH WSPARCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

| Rodzaj działania edukacyjnego i formy wsparcia finansowane w ramach KFS                                                                           | Okres realizacji wsparcia <sup>1</sup> | Całość wydatków dla planowanych działań | Wnioskowana wysokość z KFS <sup>2</sup> | Kwota wkładu własnego pracodawcy <sup>3</sup> | Nazwa kształcenia ustawicznego <sup>4</sup> | Nazwa i adres instytucji edukacyjnej <sup>5</sup> | Miejsce/ adres realizacji działania edukacyjnego |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kursy (bez wyżywienia, zakwaterowania i kosztów dojazdów)                                                                |                                        |                                         |                                         |                                               |                                             |                                                   |                                                  |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe                                                                                                       |                                        |                                         |                                         |                                               |                                             |                                                   |                                                  |
| <input type="checkbox"/> egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |                                        |                                         |                                         |                                               |                                             |                                                   |                                                  |
| <input type="checkbox"/> badania lekarskie/psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu          |                                        |                                         |                                         |                                               |                                             |                                                   |                                                  |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem                                    |                                        |                                         |                                         |                                               |                                             |                                                   |                                                  |
| <input type="checkbox"/> określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego                                                        |                                        |                                         |                                         |                                               |                                             |                                                   |                                                  |
| <b>RAZEM:</b>                                                                                                                                     | —                                      |                                         |                                         |                                               | —                                           | —                                                 | —                                                |

<sup>1</sup> jeżeli znany jest termin należy podać daty skrajne od – do, w przeciwnym wypadku miesiąc i rok. Dofinansowaniem nie mogą zostać objęte działania rozpoczęte przed złożeniem wniosku.

<sup>2</sup> kwota dofinansowania z KFS może wynosić 100% w przypadku mikroprzedsiębiorstw oraz do wysokości 80 % w przypadku pozostałych pracodawców.

<sup>3</sup> kwota wkładu własnego wynosi min. 20 % całkowitej wartości kształcenia ustawicznego w przypadku małych, średnich i dużych przedsiębiorstw.

<sup>4</sup> np. nazwa szkolenia, egzaminu, kierunku studiów podyplomowych.

<sup>5</sup> nazwa i adres instytucji edukacyjnej, której pracodawca planuje zlecić wykonanie usługi szkoleniowej, objęcie ubezpieczeniem lub placówki medycyny pracy, która wykona badania lekarskie.

## VI. UZASADNIENIE CELU WYBRANEGO DZIAŁANIA EDUKACYJNEGO

**(UWAGA! Dla każdej wybranej formy kształcenia część VI i VII wniosku powinna zostać wypełniona osobno)**

*Celem utworzenia KFS jest zapobieganie utracie zatrudnienia przez osoby pracujące z powodu posiadania przez nich kompetencji nieadekwatnych do wymagań dynamicznie zmieniającej się gospodarki lub zaspokojenia potrzeb pracodawców i pracowników w zakresie uzyskania kwalifikacji zawodowych (w przypadku osób nie posiadających tych kwalifikacji), konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji, albo z powodu utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie uzyskania nowych kwalifikacji.*

### NAZWA, KIERUNEK I FORMA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:

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

1. Proszę podać uzasadnienie potrzeby odbywania kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb wnioskodawcy:

(uzasadnienie ma zawierać informację, czy ukończenie wnioskowanego wsparcia zwiększy kwalifikacje/umiejętności pracodawcy, pracownika i wpłynie do utrzymania przez niego pracy)

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

2. Proszę opisać cel, jaki zamierza osiągnąć pracodawca poprzez zastosowanie wybranych działań edukacyjnych:

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

## VII. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA WYBRANEGO DZIAŁANIA EDUKACYJNEGO:

1. Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego:  
.....  
.....
2. Nazwa wybranego kształcenia ustawicznego: .....
3. Proszę wskazać liczbę godzin kształcenia ustawicznego: ogółem: .....  
w tym: liczba godzin teoretycznych: ....., liczba godzin praktycznych: .....
4. Proszę uzasadnić wybór realizatora wnioskowanego kształcenia ustawicznego:  
.....  
.....  
.....
5. Proszę wskazać czy realizator usługi kształcenia ustawicznego posiada certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów proszę o wskazanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego lub proszę wskazać publiczny rejestr elektroniczny, do którego jest wpisany:  
.....  
.....  
.....
6. Proszę podać proponowaną cenę przez realizatora działania edukacyjnego wraz z analizą innych ofert instytucji podobnych usług edukacyjnych oferowanych na rynku:

| Informacja o ofercie                                                                                                                           | Wybrana instytucja<br>(realizator kształcenia) | Oferta porównywalna<br>nr 1 | Oferta porównywalna<br>nr 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nazwa i adres instytucji<br>szkoleniowej lub uczelni<br>wyższej                                                                                |                                                |                             |                             |
| Liczba godzin kształcenia                                                                                                                      |                                                |                             |                             |
| Elementy wpływające na<br>wybór oferty                                                                                                         |                                                |                             |                             |
| Cena oferty edukacyjnej                                                                                                                        |                                                |                             |                             |
| Źródło pozyskania ofert<br>(w celu weryfikacji informacji<br>należy wskazać nr tel. adres e-<br>mail, adres strony internetowej<br>instytucji) |                                                |                             |                             |

7. Rodzaj zaświadczeń, uprawnień lub innych rodzajów dokumentów wydanych przez realizatora po zakończeniu wybranego działania edukacyjnego:  
.....  
.....

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.**

**Prawdziwość informacji przedstawionych w niniejszym wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

**Załączniki jakie należy dołączyć do wniosku:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Dane kandydata planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym ze środków KFS – załącznik nr 2 do wniosku (dla każdego kandydata wypełniony oddzielnie).
3. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące pomocy de minimis – załącznik nr 3 do wniosku.
4. Dla beneficjentów pomocy de minimis – formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 4 do wniosku.
5. Oświadczenie o powrocie na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem – w przypadku kształcenia uczestnika na podstawie priorytetu nr 1 – załącznik nr 5 do wniosku.
6. Kopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności gospodarczej na terenie powiatu jarocińskiego w przypadku braku takiej informacji w KRS lub CEIDG, np. umowa najmu, użyczenia itp.
7. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, np. umowa spółki cywilnej.
8. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
9. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
10. Ofertę od realizatora kształcenia ustawicznego zawierającą:
  - cel kształcenia, termin realizacji, liczbę godzin, koszt jednostkowy kształcenia z podaniem przy jakiej grupie jest ten koszt, wymagany termin płatności dla instytucji
  - kopię posiadanych certyfikatów jakości oferowanych usług, a w przypadku kursów – posiadane dokumenty potwierdzające uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego.

**Uwaga! Załączniki należy przedkładać w formie oryginałów lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem**

**Załączniki informacyjne dotyczące priorytetów wydatkowania środków z KFS:**

11. Barometr zawodów powiatu jarocińskiego i województwa wielkopolskiego w oparciu o który zostanie zweryfikowana możliwość ubiegania się o dofinansowanie ze środków KFS w ramach priorytetu nr 3.
12. Załącznik nr 1 do uchwały nr LI/340/14 Rady Powiatu Jarocińskiego z dnia 8 maja 2014 r. „Strategia rozwoju powiatu jarocińskiego na lata 2014-2020” w oparciu o który zostanie zweryfikowana możliwość ubiegania się o dofinansowanie ze środków KFS w ramach priorytetu nr 5 dostępny na stronie [http://www.powiat-jarocinski.pl/DATA/pliki/uchwala\\_340.pdf](http://www.powiat-jarocinski.pl/DATA/pliki/uchwala_340.pdf).

.....  
(miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że:**

1. Jestem pracodawcą.
2. Zapoznałem/am się z podstawami prawnymi w oparciu o które został złożony niniejszy wniosek.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
4. Pracownicy, którzy będą uczestniczyć w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.
5. Utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków, którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia ostatniej formy wsparcia.
6. Mam świadomość obowiązku zawarcia z pracownikami, którym kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków KFS umowy, o której mowa w art. 69 b ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
7. Koszt dofinansowania z KFS planowanych form wsparcia nie przekroczy na jednego pracownika 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.
8. Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego nie obejmuje kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz kosztów delegacji.
9. Planując działania w ramach kształcenia ustawicznego, przy wyborze form kształcenia oraz instytucji realizujących wybrane formy, kierowałem/am się racjonalnością wydatków, a wskazane w dokumentach koszty kształcenia nie są kwotami zawyżonymi, w stosunku do wartości rynkowych tych usług.
10. Działania wskazane we wniosku, nie będą realizowane samodzielnie i nie zlecę ich usługodawcy, z którym jestem powiązany osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy, 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, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
11. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Jarocinie, do celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 ze zm.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922.).
12. Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

| DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA PLANOWANEGO DO OBJĘCIA WSPARCIEM ZE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| IMIE I NAZWISKO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| STATUS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> Pracodawca                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      | <input type="checkbox"/> Pracownik<br>a) rodzaj mowy o pracę (czas nie/określony itp.) oraz wymiar etatu (np. 1/1, ½ itp.):<br>_____<br>b) okres zatrudnienia:<br>od _____ do _____<br>c) nazwa zajmowanego stanowiska pracy:<br>_____<br>nazwa stanowiska pracy po zakończeniu planowanego kształcenia ustawicznego:<br>_____ |                                          |
| INFORMACJA DOT. WIEKU:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> 15- 24 lata                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 25- 34 lata | <input type="checkbox"/> 35- 44 lata                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 45 lat i więcej |
| INFORMCJA DOT. WYKSZTAŁCENIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> gimnazjalne i poniżej                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      | <input type="checkbox"/> policealne i średnie zawodowe                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |
| <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      | <input type="checkbox"/> wyższe                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| INFORMACJA DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> kandydat posiada orzeczenie o niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> kandydat nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| INFORMACJA DOT. WARUNKÓW I CHARAKTERU PRACY                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym może udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej?<br><small>(Ustawa z dnia 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych Dz. U. z 2017 poz. 664)</small> |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      | <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |
| INFORMACJA DOT. DOTYCHCZASOWEGO KSZTAŁCENIA                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym korzystała z kształcenia ustawicznego z KFS w bieżącym roku?                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| <input type="checkbox"/> tak (należy uzupełnić poniższe dane)                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| forma kształcenia:<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| wysokość wsparcia ze środków KFS (zł)<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| INFORMACJA DOT. DALSZYCH PLANÓW ZATRUDNIENIA KANDYDATA                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| Należy przedstawić plan dotyczący dalszego zatrudnienia osoby, która planowana jest do objęcia kształceniem ustawicznym ze środków KFS.                                                                                                                                                                                               |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |
| _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |

| WARTOŚĆ PLANOWANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO DLA WSKAZANEGO UCZESTNIKA:                                                                                                                                                                                                                              |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <i>Całkowita wartość planowanego kształcenia ustawicznego :</i>                                                                                                                                                                                                                                      | _____ (zł)           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | na co składają się : |
| kursy:                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____ (zł)           |
| egzaminy:                                                                                                                                                                                                                                                                                            | _____ (zł)           |
| studia podyplomowe:                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____ (zł)           |
| badania lekarskie/psychologiczne:                                                                                                                                                                                                                                                                    | _____ (zł)           |
| ubezpieczenie NNW                                                                                                                                                                                                                                                                                    | _____ (zł)           |
| określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS                                                                                                                                                         | _____ (zł)           |
| <i>Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków KFS:</i>                                                                                                                                                                                                                                              | _____ (zł)           |
| <i>Wkład własny pracodawcy:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____ (zł)           |
| <b>WYKAZ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ DLA WSKAZANEGO KANDYDATA</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                      |
| <input type="checkbox"/> kurs (należy podać nazwę planowanego/ych kursu/ów)<br><div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                       |                      |
| <input type="checkbox"/> egzamin (należy podać nazwę planowanego/ych egzaminu/ów)<br><div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                 |                      |
| <input type="checkbox"/> badania lekarskie/ psychologiczne wymagane do podjęcie kształcenia ustawicznego (należy podać rodzaj badań oraz nazwę instytucji przeprowadzającej badania)<br><div></div> <div></div>                                                                                      |                      |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe (należy podać kierunek studiów podyplomowych)<br><div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                 |                      |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem ustawicznym (należy podać nazwę ubezpieczyciela)<br><div></div> <div></div>                                                                                                           |                      |
| <input type="checkbox"/> określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS (należy wskazać nazwę instytucji określającej potrzeby pracodawcy i miejsce realizacji)<br><div></div> <div></div> <div></div> |                      |
| <b>UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA PRZEZ KANDYDATA :</b>                                                                                                                                                                                                                                   |                      |
| <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

.....  
(miejscowość, data)

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE POMOCY PUBLICZNEJ

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że:

- ☐ jestem beneficjentem pomocy i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis oraz nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.
- ☐ nie jest beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 z późn. zm.),

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

**UWAGA! W przypadku gdy pracodawca jest beneficjentem pomocy publicznej należy wypełnić poniższą informację oraz dołączyć do wniosku formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 4 do wniosku.**

### INFORMACJA O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS<sup>6</sup>

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że:

W roku w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:

- ☐ nie otrzymałem/am pomocy de minimis.
- ☐ otrzymałem/am pomoc de minimis w wysokości ..... EURO.
- ☐ otrzymałem/am pomoc de minimis i w załączeniu przedkładałem kopie wszystkich zaświadczeń o uzyskanej pomocy de minimis.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku uzyskam taką pomoc.

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

<sup>6</sup> pomoc de minimis spełniającą warunki określone w rozporządzeniu Komisji (KE) nr 1407/2013 z dn. 18 grudnia 2013r w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. UE L 352 z 24.12.2013r. str. 1), Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dn. 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. U. UE L 352 z 24.12.2013 r. str.9), Rozporządzeniu Komisji (WE) nr 717/2014 z dn. 27 czerwca 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. U. UE L 190/45 z 28.6.2014r.)

.....  
(miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

(wypełnić dla każdego uczestnika kształconego na podstawie priorytetu nr 1 )

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że:

Pani/Pan .....  
(imię i nazwisko)

w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku powróciła/powrócił na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)