

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

 (Oznaczenie Wnioskodawcy)

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. /Dz. U. z 2020 r., poz. 1409 z późn.zm./ oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego /t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117/

A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

1. Nazwa pracodawcy.......................................................................................................

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

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

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

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

4. Telefon .................................................................................................................................

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

5. NIP...........................................REGON ...........................KRS/jeżeli dotyczy /..........................
 CEIDG – TAK/NIE\*/ niepotrzebne skreślić/

6. Forma prawna prowadzonej działalności ..............................................................................

7. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności /PKD/ ...................................................................................................................

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej z dnia 06 marca 2018r. /t.j Dz. U. z 2019r. poz. 1292
z późn.zm. / [[1]](#footnote-1)  □mikro ⁯ □małe ⁯ □średnie ⁯ □inne

9. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy /t.j.Dz.U. z 2020 r. poz.1320/ na dzień złożenia wniosku ...................................

10. Numer konta bankowego Pracodawcy:

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

11.Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie
z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) :

imię i nazwisko......................................... stanowisko służbowe ...............................................

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko …....................................................stanowisko …............................................ telefon /fax …........................................................., e-mail …....................................................

**B.** **CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane
z kształceniem ustawicznym: .............................................zł

słownie: ………………………………........................................................................................

w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS[[2]](#footnote-2): …....................................zł

słownie: ..……………………………………………………….................................................

1. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: ….............................................zł

słownie: ..……………………………………………………………………………………..

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać takich kosztów jak:

wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów na rok 2021 (właściwe zaznaczyć\*):

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność **-priorytet nr 1**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby **–priorytet nr 2;**
* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych **- priorytet nr 3**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia- **priorytet nr 4**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem - **priorytet nr 5**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych **- priorytet nr 6**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości **–priorytet nr 7**;
* 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 **–priorytet nr 8**.

 **wydatkowanie rezerwy - priorytety na rok 2021 (właściwe zaznaczyć\*)**

* wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców **-priorytet a**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej **-priorytet b**;
* 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 **-priorytet c**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej **-priorytet d**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności **-priorytet e**;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób dorosłych w nabywaniu kompetencji cyfrowych- **priorytet f.**

**\*Należy zaznaczyć właściwe priorytety, w zależności z jakiś środków KFS jest ogłoszony nabór, tj. z limitu
 podstawowego KFS, czy ze środków rezerwy KFS.**

**C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa kursu | Liczba osób | Termin realizacji(od..do..) | Koszt szkolenia dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatkóww zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Kierunek studiów podyplomowych | Liczba osób | Termin realizacji (od..do..) | Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj badań lekarskich i/lubpsychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | Liczba osób | Termin realizacji (od..do..) | Koszt dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Liczba osób | Termin przeprowadzenia egzaminu(od..do..) | Koszt egzaminu dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia | Liczba osób | Data ubezpieczenia(od..do..) | Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

**Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia, w przypadku innych niezaplanowanych działań tabelę należy usunąć.**

**D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba****pracodawca/y** | **Liczba pracowników** |
| **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| w tym: |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  |  |  |  |  |
| badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 - 24 lata |  |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| Wyższe  |  |  |  |  |
| Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |  |

**E. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA PRZY
 UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/
 PRACOWNIKA:**

1. Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego
i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań.

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

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

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

1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rozwojowymi pracownika i pracodawcy oraz obejmowanym stanowiskiem i pełnionymi obowiązkami służbowymi oraz zgodność z potrzebami rynku pracy

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

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

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

1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2021 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii lub priorytetów rezerwy Rady Rynku Pracy w zależności od naboru)

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

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

**F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | nazwa kształcenia ustawicznego /terminy realizacji wsparcia |  |
|  | liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
|  | cena usługi kształcenia ustawicznego/koszt przypadający na jednego uczestnika |  |
|  | liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem |  |
|  | posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu) |  |
|  | Numer REGON oraz numer KRS /jeśli dotyczy/ bądź informacja o wpisie do CEIDG /podkreślić , jeśli posiada CEIDG lub podać informację o wpisie do CEIDG/ realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (minimum 1 oferta ): |  |
| Uzasadnienie wyboru danego realizatora |

**\* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą realizatorów.**

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

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

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

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

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

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

1. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych, które podałem/am/ w tym wniosku, zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych** **(Dz. U. z 2019 r. poz. 1781**) **oraz ROZPORZĄDZENIEM 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) (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1) w celu realizacji wniosku o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy oraz zawarcia umowy w sprawie sfinansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS .**

 **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych**

 **osobowych zamieszczonej na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Kozienicach:**

[**https://kozienice.praca.gov.pl/klauzula-ochrony-danych-osobowych jako załącznik nr 3**](https://kozienice.praca.gov.pl/klauzula-ochrony-danych-osobowych%20%20jako%20za%C5%82%C4%85cznik%20nr%203)**.**

 **Zostałem/am poinformowany/a, że klauzula ta dostępna jest również w siedzibie PUP w Kozienicach
 ul. Zdziczów 1, 26-900 Kozienice pokój numer 7.**

1. **Dane osobowe dotyczące osób wskazanych do kontaktu w sprawie złożonego wniosku, osób upoważnionych
do reprezentowania Wnioskodawcy, w tym podpisania umowy, pracowników objętych kształceniem ustawicznym, realizatora kształcenia ustawicznego zostały podane w ramach tego wniosku za zgodą tych osób, w celu realizacji wniosku o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy oraz zawarcia umowy w sprawie sfinansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS.**

**Oświadczam, że te osoby zostały zapoznane z treścią klauzul informacyjnych w związku z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczonych na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Kozienicach:** [**https://kozienice.praca.gov.pl/klauzula-ochrony-danych-osobowych**](https://kozienice.praca.gov.pl/klauzula-ochrony-danych-osobowych) **jako załącznik nr 3 (dotyczy kontrahenta i osób reprezentujących kontrahenta oraz realizatora kształcenia ustawicznego) i załącznik nr 5 (dotyczy pracowników objętych kształceniem ustawicznym) . Zostałem/am poinformowany/a, że klauzule te dostępne są również w siedzibie PUP w Kozienicach ul. Zdziczów 1, 26-900 Kozienice pokój numer 7.**

1. **Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę/y/ na przesyłanie przez PUP w Kozienicach drogą elektroniczną (e – mail, SMS) informacji między innymi o realizowanych programach, projektach, terminach naboru wniosków dotyczących realizacji aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu oraz o innych oferowanych usługach Urzędu Pracy skierowanych do pracodawców.**

**\*niepotrzebne skreślić**

………………………………… …………………………………………

(miejscowość, data)(podpis czytelny lub pieczątka imienna pracodawcy
 lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy - załącznik nr 1.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - załącznik nr 2.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
- Załącznik nr 3 - stanowi:

- załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo lub

- załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010r. nr 121, poz.810) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa. Wzór formularzy znajduje się na str. [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl)

1. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności –

w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji
i Informacji o Działalności Gospodarczej - załącznik nr 4.

1. Program/y kształcenia ustawicznego lub zakres/y egzaminu/ów – załącznik nr 5.
2. Kopia certyfikatu/ów jakości wybranego realizatora/ów usług - załącznik nr 6.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu - załącznik nr 7.
4. Wzór/wzory dokumentu/ów potwierdzającego/ych kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora/ów usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika/ją on/one
z przepisów powszechnie obowiązujących - załącznik nr 8.
5. Szczegółowe informacje niezbędne do podpisania umowy – tabela nr 1 - załącznik nr 9.
6. Oświadczenie dotyczące spełniania warunku priorytetu nr 1 w ramach limitu podstawowego
/dołączyć tylko w przypadku ubiegania się o środki z KFS w ramach priorytetu nr 1/
- załącznik nr 10.
7. Oświadczenie dotyczące spełniania warunku priorytetu nr 2 w ramach limitu podstawowego
/dołączyć tylko w przypadku ubiegania się o środki z KFS w ramach priorytetu nr 2/
- załącznik nr 11.
8. Oświadczenie dotyczące spełniania warunku priorytetu nr 5 w ramach limitu podstawowego
/dołączyć tylko w przypadku ubiegania się o środki z KFS w ramach priorytetu nr 5/
- załącznik nr 12.
9. Oświadczenie dotyczące spełniania warunku priorytetu nr 6 w ramach limitu podstawowego
/dołączyć tylko w przypadku ubiegania się o środki z KFS w ramach priorytetu nr 6/
- załącznik nr 13.
10. Oświadczenie dotyczące spełniania warunku priorytetu nr 7 w ramach limitu podstawowego
/dołączyć tylko w przypadku ubiegania się o środki z KFS w ramach priorytetu nr 7/
- załącznik nr 14.
11. Oświadczenie dotyczące spełniania warunku priorytetu e) ze środków rezerwy KFS
/dołączyć tylko w przypadku ubiegania się o środki z rezerwy KFS w ramach priorytetu e)/
- załącznik nr 15.

Załącznik nr 1

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

 *(Oznaczenie Wnioskodawcy) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* Rozporządzenia Ministra Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego /t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117/;
5. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107
i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z 24.12.2013r.)\*;
6. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107
i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym Dz. Urz. UE L 352/9 z 24.12.2013r.)\*;
7. Oświadczam, że jestem /nie jestem\* zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy\*;
8. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Urząd Pracy dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa
w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r.
w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego /t.j.Dz. U.
z 2018 r., poz. 117/zgodnie z ustawą z dnia **z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych** /Dz. U. z 2019 r. poz. 1781/ oraz ROZPORZĄDZENIEM 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) (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1);
9. Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.

Oświadczam, że wsparcie przypadające na jednego pracownika nie przekracza 300 % przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z Art 69 b pkt. 1 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

1. **Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.**
2. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy /Dz. U. z 2020 r. poz. 1320/.**

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

*\* niepotrzebne skreślić*

 *……………………………………………………*

 (data, podpis czytelny lub pieczątka imienna pracodawcy
 lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

…………………………………… **Załącznik nr 2**

 *(Oznaczenie Wnioskodawcy)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat go poprzedzających**

* otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis\*
* nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis\*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** |  |  |

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną\* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji
o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.*

*\* niepotrzebne skreślić*

 *………………………………………*

 (data, podpis czytelny lub pieczątka imienna pracodawcy
 lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

tabela nr 1- / załącznik nr 9/

 **Szczegółowe informacje niezbędne do podpisania umowy** / dotyczące dofinansowania kształcenia ustawicznego**/:**

**(w przypadku, gdy dana forma kształcenia ustawicznego podlega obciążeniu podatkiem od towarów i usług, należy wskazać kwoty netto, które będą stanowiły podstawę do obliczenia wysokości przyznanych środków)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | 1. Imię i Nazwisko 2. status osoby pracodawca/pracownik 3.umowa o pracę zawarta na okres od… do …  | Nazwa zawodu wykonywanego przez uczestnika kształcenia zgodnie z klasyfikacją zawodów | Wiek uczestnika kształcenia  | RODZAJ DZIAŁANIA obejmującego finansowanie z KFS | w tym wnioskowana wysokość z KFS w zł\* | w tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | 1. Nazwa kursu 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od do 4. Cena 5. Nr Priorytetu | 1. Nazwa studiów podyplomowych 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od do 4. Cena5. Nr Priorytetu | 1. Nazwa egzaminu 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od do 4. Cena5. Nr Priorytetu | 1. Badania lekarskie/psychologiczne 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od do 4. Cena5. Nr Priorytetu | 1. Ubezpieczenie NNW 2. Nazwa i adres ubezpieczyciela 3. Termin realizacji od do 4. Cena5. Nr Priorytetu | Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł \* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (kol. 5+6+7+8+9) | 11 | 12 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Razem koszt |   |   |   |   |   |   |   |   |

*\** ***W ramach KFS nie są finansowane koszty przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia związane z formą kształcenia ustawicznego:***

*- 80 % kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, zaś pracodawca pokryje 20% kosztów(wkład własny),*

 *a w przypadku mikroprzedsiębiorców 100% kosztów kształcenia ustawicznego , nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.*

*Mikroprzedsiębiorca to przedsiębiorca, który zatrudnia do 9 pracowników włącznie, a jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EUR.*

***Wkład własny:***

*Nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników/i własnym/ w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy ,itp.*

**Załącznik nr 10**

………………………………………...

/Oznaczenie pracodawcy / …………………………

 /Miejscowość, data/

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące spełnienia warunku priorytetu nr 1, tj. wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność.

Oświadczam, że pracownik/cy /podać imię i nazwisko/ …………………………………………………………………………………………………..

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

Pracodawca/y /podać imię i nazwisko/…………………………………………………………………………

wskazani do kształcenia ustawicznego w tabeli nr 1- załącznik nr 9 do wniosku
o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w związku z wprowadzeniem zmian wynikających z nałożonych ograniczeń, nakazów i zakazów w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowione w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określonych w art. 46a i 46b pkt 1-6 i 8-12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
(Dz.U. z 2020r. poz. 1845 i 2112) - **należy wskazać odpowiedni przepis niniejszej ustawy**…………………………………………………………………………….., zamierzam wprowadzić **zmiany umożliwiające utrzymanie się na rynku, uniknięcie zwolnień, zatrudnienie nowych pracowników** i oświadczam, że pracodawcy/pracownicy wymienieni powyżej nabędą nowe umiejętności czy kwalifikacje w związku z **rozszerzeniem/przekwalifikowaniem\*** obszaru działalności firmy w celu utrzymania się na rynku lub uniknięcia zwolnień

**UZASADNIENIE (OPIS)**

**sposobu rozszerzenia lub przekwalifikowania\* obszaru działalności firmy** i w związku
z tym koniecznością nabycia nowych umiejętności/kwalifikacji/uprawnień\* w ramach aplikowania o środki KFS z priorytetu 1/

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

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 **……………………………………………**

*/czytelny podpis lub pieczątka imienna
 i parafka pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/*

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 10 proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS **w ramach priorytetu nr 1**

**Objaśnienie do priorytetu 1:**

Do wsparcia w ramach tego priorytetu mają prawo wszyscy pracodawcy, na których zostały nałożone ograniczenia, nakazy i zakazy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowione
w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określone w przepisach wydanych na podstawie przytoczonych niżej art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy
z dnia 5 grudnia 2008 r*. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz. U.
z 2020 r. poz. 1845 i 2112), które przyjęły brzmienie:

**Art.46a.**Wprzypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego o charakterze
i w rozmiarach przekraczających możliwości działania właściwych organów administracji rządowej
i organów jednostek samorządu terytorialnego, Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, na podstawie danych przekazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw administracji publicznej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wojewodów:

1) zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego,

2) rodzaj stosowanych rozwiązań –w zakresie określonym w art.46b – mając na względzie zakres stosowanych rozwiązań oraz uwzględniając bieżące możliwości budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

**Art.46b.** W rozporządzeniu, o którym mowa w art.46a, można ustanowić:

1) ograniczenia, obowiązki i nakazy, o których mowa w art.46 ust.4:

2) czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców;

3) czasową reglamentację zaopatrzenia w określonego rodzaju artykuły;

4) obowiązek poddania się badaniom lekarskim oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;

5) obowiązek poddania się kwarantannie;

6) miejsce kwarantanny;

7) (uchylony)

8) czasowe ograniczenie korzystania z lokali lub terenów oraz obowiązek ich zabezpieczenia;

9) nakaz ewakuacji w ustalonym czasie z określonych miejsc, terenów i obiektów;

10) nakaz lub zakaz przebywania w określonych miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach;

11) zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;

12) nakaz określonego sposobu przemieszczania się.

bądź wynikające z obostrzeń nałożonych przez władze samorządowe.

Dofinansowane formy kształcenia ustawicznego mają wspomagać wprowadzenie zmian umożliwiających utrzymanie się na rynku czy pozwalających uniknąć zwolnień czy wręcz zatrudnić nowych pracowników.

Warunkiem skorzystania ze środków priorytetu jest oświadczenie pracodawcy o konieczności nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku z rozszerzeniem/ przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy z powołaniem się na odpowiedni przepis.

**W związku z otrzymanym w dniu 19.02.2021r. pismem z Ministerstwa Rozwoju, Pracy
i Technologii dotyczącym priorytetów wydatkowania Krajowego Funduszu Szkoleniowego na rok 2021, tj. odnośnie Priorytetu 1 , Powiatowy Urząd Pracy w Kozienicach informuje,
że zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii przedstawionym w w/w piśmie:**

„Priorytet 1 jest adresowany do tych pracodawców, którzy na skutek obostrzeń wprowadzonych przy okazji walki z pandemią Covid-19 podjęli **decyzję o całkowitej zmianie obszaru dotychczasowej działalności gospodarczej bądź o jej zmianie w sposób wprowadzający nowe obszary działania**.

Określenie użyte w priorytecie **„rozszerzenie działalności”** odnosi się właśnie do tego przypadku. Przykładowo, nie kwalifikujący się do priorytetu 1/2021 będzie kurs dla fryzjerek mający na celu podniesienie kwalifikacji fryzjerskich, ale jeśli ten sam pracodawca będzie chciał poszerzyć swą działalność w postaci usług np. podologicznych to szkolenia czy nabycie odpowiednich certyfikatów
w tej dziedzinie dla pracowników bądź jego samego będzie jak najbardziej do zaakceptowania.

Nie wprowadzono wymogu wykazania zmiany bądź wprowadzenia dodatkowego kodu PKD określającego nową działalność ponieważ nie we wszystkich przypadkach zmiana obszaru działania będzie w PKD widoczna. W opisanym wyżej przypadku rozszerzenie/zmiana obszaru działalności nie spowoduje konieczności zmiany PKD całej działalności – tu o spełnieniu warunku dostępu będzie decydowało oświadczenie pracodawcy, być może wsparte ulotką/ogłoszeniem/inną informacją o nowej ofercie. W innych przypadkach sytuacja będzie łatwiejsza np. cukiernia przygotowująca słodycze rozszerza działalność o usługi dostawcze. Dodanie PKD związanego z transportem jednoznacznie wskaże spełnienie warunku dostępności do priorytetu…”.

**Załącznik nr 11**

………………………………………...

/Oznaczenie pracodawcy / …………………………

 /Miejscowość, data/

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące spełnienia warunku priorytetu nr 2, tj. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby)

Oświadczam, że pracownik/cy /podać imię i nazwisko, wykonywany zawód\*/obejmowane stanowisko\* /

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

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

Pracodawca/y /podać imię i nazwisko, wykonywany zawód\*/obejmowane stanowisko\* /

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

wskazani do kształcenia ustawicznego w tabeli nr 1- załącznik nr 9 do wniosku
o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego wymienieni powyżej spełniają priorytet nr 2, pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub należącymi do grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, takich jak osoby przewlekle chore, w podeszłym wieku, bezdomne itp. i w związku z tym:

1)występuje konieczność odbycia wnioskowanego szkolenia związanego z wykonywaną
 pracą.\*

2)wskazani pracodawcy/pracownicy nabędą określone umiejętności, kwalifikacje związane
 z wykonywaną pracą.\*

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 **……………………………………………**

*/czytelny podpis lub pieczątka imienna
 i parafka pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/*

\*właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 11 proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS **w ramach priorytetu nr 2**

**Załącznik nr 12**

………………………………………...

/Oznaczenie pracodawcy / …………………………

 /Miejscowość, data/

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące spełnienia warunku priorytetu nr 5 ,tj. wsparcia kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem

Oświadczam, że pracownik/cy /podać imię i nazwisko/ …………………………………………………………………………………………………..

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

Pracodawca/y /podać imię i nazwisko/…………………………………………………………………………

wskazani do kształcenia ustawicznego w tabeli nr 1- załącznik nr 9 do wniosku
o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego **w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2021 roku podjął/podjęli\*pracę
po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 **……………………………………………**

*/czytelny podpis lub pieczątka imienna
 i parafka pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/*

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 12 proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS **w ramach priorytetu nr 5**

**Załącznik nr 13**

………………………………………...

 /Oznaczenie pracodawcy / …………………………

 /Miejscowość, data/

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące spełnienia warunku priorytetu nr 6,tj. wsparcie kształcenia ustawicznego
w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych.

Oświadczam, **że w ciągu jednego roku przed złożeniem niniejszego wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu** zostały/zostaną\* zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy\*.

Oświadczam, że pracownik/cy /podać imię i nazwisko/……………………………………………

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

Pracodawca/y /podać imię i nazwisko/…………………………………………………………………………..

wskazani do kształcenia ustawicznego w tabeli nr 1- załącznik nr 9 do wniosku
o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego będą wykonywać nowe zadania/ na stanowisku pracy związane z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami\* i korzystają lub będą korzystać\* z nowych technologii, systemów i nowych maszyn, narzędzi pracy\* .

**UZASADNIENIE (OPIS)**

potrzeby kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmie nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych i przedstawienie jej realizacji, tj. jakie **w ciągu jednego roku przed złożeniem niniejszego wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu,** zostały/zostaną\* zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy\*.

 Dodatkowo: czy wskazane do kształcenia ustawicznego osoby korzystają lub będą korzystać\* z nowych technologii, systemów i nowych maszyn, narzędzi pracy\* oraz jakie nowe zadania/ na stanowisku pracy będą wykonywały w związku z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami\* .

Wobec powyższego należy wskazać potrzebę nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji
w ramach aplikowania o środki KFS z priorytetu 6/

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

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

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 **……………………………………………**

*/czytelny podpis lub pieczątka imienna
 i parafka pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/*

*\*Niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 13 proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS **w ramach priorytetu nr 6.**

**Załącznik nr 14**

………………………………………...

/Oznaczenie pracodawcy / …………………………

 /Miejscowość, data/

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące spełnienia warunku priorytetu nr 7, tj. wsparcia kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości.

Oświadczam, że pracownik/cy /podać imię i nazwisko/ …………………………………………………………………………………………………..

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

Pracodawca/y /podać imię i nazwisko/…………………………………………………………………………

wskazani do kształcenia ustawicznego w tabeli nr 1- załącznik nr 9 do wniosku
o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego spełniają warunki przedstawionego powyżej priorytetu nr 7, wg. załączonej tabeli:

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

|  |
| --- |
|  Zaznaczyć X  |

 / podać imię i nazwisko/ |
|

|  |
| --- |
| **Nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły** (tj. nie mają ukończonej szkoły na jakimkolwiek poziomie ) |

 |  |
|

|  |
| --- |
|  **Nie posiadają świadectwa dojrzałości**  |

 |  |

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 **……………………………………………**

*/czytelny podpis lub pieczątka imienna
 i parafka pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/*

\*Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 14 proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków KFS **w ramach priorytetu nr 7.**

**Załącznik nr 15**

………………………………………...

/Oznaczenie pracodawcy / …………………………

 /Miejscowość, data/

 **OŚWIADCZENIE**

dotyczące spełnienia warunku priorytetu **e)** ze środków rezerwy KFS, tj. wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.

Oświadczam, że pracownik/cy /podać imię i nazwisko/ …………………………………………………………………………………………………..

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

Pracodawca/y /podać imię i nazwisko/…………………………………………………………………………

wskazani do kształcenia ustawicznego w tabeli nr 1 - załącznik nr 9 do wniosku
o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

 **……………………………………………**

*/czytelny podpis lub pieczątka imienna
 i parafka pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/*

Załącznik nr 15 proszę wypełnić w przypadku wnioskowania ze środków rezerwy KFS **w ramach priorytetu e).**

1. *1 Właściwe zaznaczyć*

*Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.*

*Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.*

2 Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą sfinansować ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa.

\*Należy zaznaczyć właściwe priorytety, w zależności z jakiś środków KFS jest ogłoszony nabór, tj. z limitu podstawowego KFS, czy ze środków rezerwy KFS [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)