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

 pieczęć firmowa wnioskodawcy (miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Augustowie**

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW**

**Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

 **NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

**Środki rezerwy KFS w 2018 r. mogą być przeznaczone zgodnie z priorytetami Rady Rynku Pracy na:**

1. **wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;**
2. **wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.**

**Uwaga!**

**Umowa może zostać zawarta tylko na działania, które jeszcze się nie rozpoczęły.**

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
2. Pełna nazwa podmiotu ..............................................................................................................................................................

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

1. Adres siedziby podmiotu

telefon:

fax:

e – mail:

1. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………...

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

1. Numer REGON
2. Numer NIP
3. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych)…………………………………………………..
4. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze)

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

1. Przeważający rodzaj działalności (symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD)……………………….
2. Podstawowa forma prawna działalności wnioskodawcy

(np. spółdzielnia, Spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)

1. Forma finansowania…………………………………………………………………………………

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

(np. zasady samofinansowania, jednostka budżetowa, inna)

1. Forma własności …………………………………………………………………............................

(np. prywatna, Skarbu Państwa, samorządowa, inna)

1. Forma opodatkowania podmiotu (właściwe należy podkreślić):
* księga przychodów i rozchodów
* pełna księgowość
* karta podatkowa
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych
* podatek liniowy
* zasady ogólne

stawka podatkowa podatku dochodowego aktualnie obowiązująca podmiot: ……….%.

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy

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

1. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z Urzędem …………………………………………………………………………….

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

1. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

1. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r. (Dz. U. Nr 173 z 2004 r., poz. 1807 z późn. zm.):
* mikroprzedsiębiorstwo
* małe przedsiębiorstwo
* średnie przedsiębiorstwo
* inne
1. Liczba osób zatrudnianych przez podmiot na dzień złożenia wniosku .............................................
2. Urząd Skarbowy ……………………………………………………………………………………..
3. Oświadczam, że otrzymałem/am w okresie obejmującym bieżący rok i poprzedzające go dwa lata, pomoc de minimis w wysokości ………………………… zł / …………………….euro.

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

1. **DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI I HARMONOGRAMU WSPARCIA**

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego …………………………. w tym:

 - kwota wnioskowana z KFS: …………………………..…………………………………...…….
 (słownie: .......……………………………………………………………………………..…..zł);

 - kwota wkładu własnego: ……………………………………………………………………….
 (słownie: …………………………………………………………………………………..….zł);

2. Koszt na jednego uczestnika:…………….………………...……………………….………………..

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

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

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

3. Rodzaj i nazwa wsparcia *(np. kurs, studia podyplomowe)* …...........……………….………………...

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

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

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

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

4. Wybór realizatora usługi finansowanej z KFS

* Nazwa realizatora *(np. nazwa instytucji szkolącej lub uczelni )* i siedziba……………………..…….

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

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

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

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

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

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

* Miejsce realizacji kształcenia…………………………………………………………….…………..

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

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

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

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

* Termin realizacji kształcenia ustawicznego oraz liczba godzin…………………………..…..………

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

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

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

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

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

* Posiadanie przez realizatora certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego,
a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego…………………...…………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

* Uzasadnienie wyboru realizatora

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku…………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

**Uwaga! Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy:**

* uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego
* nie uwzględnia się innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym,
np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ (określenie potrzeb pracodawcy)**

1. **Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE** | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem** | **Liczba osób wykonujących pracę w szczególnych warunkach** | **Liczba osób wykonujących pracę o szczególnym charakterze** | **Liczba uczestników wg Priorytetów** |
| **Priorytet 1**  | **Priorytet 2**  | **Priorytet 3**  |
| **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** |
| Według rodzaju wsparcia | kursy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| badania lekarskie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| badania psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Według grupy wiekowej | 15 – 24 lata |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 – 34 lata |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 – 44 lata |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Według poziomu wykształcenia | gimnazjalnei poniżej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| policealne iśrednie zawodowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących 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 i kod 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 lat | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 i więcej | 1. Nazwa kursu 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od-do 4. Cena  | 1. Nazwa studiów podyplomowych 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od-do 4. Cena | 1. Nazwa egzaminu 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od-do 4. Cena | 1. Badania lekarskie/psychologiczne 2. Nazwa i adres realizatora 3. Termin realizacji od-do 4. Cena | 1. Ubezpieczenie NNW 2. Nazwa i adres ubezpieczyciela 3. Termin realizacji od-do 4. Cena | 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 |   |   |   |   |   |   |   |   |

**IV. UZASADNIENIE WNIOSKU:**

1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy, obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS oraz planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 /miejscowość, data/ /podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

**V. WYKAZ OSÓB, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Poziom wykształcenia** | **Osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach****TAK/NIE\***  | **Osoba wykonuje pracę o szczególnym charakterze****TAK/NIE\***  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***\* niepotrzebne skreślić***

…………………………………...

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

**Do wniosku należy dołączyć załączniki,** **które stanowią jego integralną część tj.:**

1. Załącznik do wniosku dla pracodawcy nie będącego beneficjentem pomocy publicznej - Załącznik nr 1;
2. Załączniki do wniosku dla pracodawcy będącego beneficjentem pomocy publicznej - Załącznik nr 2 i Załącznik nr 3;
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - dotyczy tylko prowadzących działalność gospodarczą;
4. Pełnomocnictwo, jeżeli Pracodawcę reprezentuje Pełnomocnik;
5. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG. Np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli);
6. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu;
7. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności przez realizatora;
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora;
9. Dokument potwierdzający uprawnienia realizatora do prowadzenia edukacji pozaszkolnej – w przypadku kursów.

**UWAGA !**

Wnioski o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego rozpatrywane są w terminie 30 dni od dnia złożenia, natomiast pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.

W przypadku, gdy wniosek pracodawcy jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni na jego uzupełnienie.

Przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników
i pracodawcy jest dokonywane na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie na podstawie decyzji administracyjnej. W związku z powyższym odmowa przyznania tych środków nie podlega odwołaniu.

Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załącznik. Wniosek może być złożony, jeżeli pracodawca posiada siedzibę lub prowadzi działalność na terenie Augustowa lub powiatu augustowskiego.

**WYSOKOŚĆ WSPARCIA:**

**- 80% kosztów**, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów,

**- 100% kosztów**-jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

**Mikroprzedsiębiorca** to przedsiębiorca, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników, a jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln. EUR, zgodnie z załącznikiem nr I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. UE L 214 z 09.08.2008, str. 3)

**Środki KFS** przekazane pracodawcom prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu prawa konkurencji UE, stanowią pomoc de minimis, o której mowa we właściwych przepisach prawa UE dotyczących pomocy
de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

*Podstawy prawne:*

*1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065, z późn. zm.);*

*2. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 poz. 117 t.j. z dnia 15.01.2018 r.);*

*3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1808),*

*4. 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. U. UE L 352/1 z dn. 24.12.2013 r.),*

*5. 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 z dn. 24.12.2013 r.).*

**DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

Przyznaję środki na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego dla:

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

 (nazwa firmy)

w wysokości ............................... zł (słownie:..........................................................................................................).

Wniosek odrzucono ze względu na (niezgodność z założeniami KFS, brak środków):

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

 ………………………………………………………..

 /pieczęć i podpis Dyrektora PUP /