

.................................................... …………………………….…… **2021 rok**

Pieczęć firmowa wnioskodawcy miejscowość i data

**Powiatowy Urząd Pracy w Ciechanowie**

**ul. Sygietyńskiego 11**

**06-400 Ciechanów**

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY** *– limit podstawowy KFS*

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

A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

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

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

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

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

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

4. Telefon ................................................... fax.........................................................................

e-mail ................................................... strona www ….........................................................

5. NIP...........................................REGON ...........................KRS/CEIDG..................................

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

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

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1292 t.j. z późn. zm. ) *właściwe zaznaczyć X* : □mikro □małe □średnie □inne

***Mikroprzedsiębiorca*** *– to przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniomiesięcznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub suma aktywów jego bilansu sporządzona na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;*

***Mały przedsiębiorca*** *– to przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniomiesięcznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub suma aktywów jego bilansu sporządzona na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;*

***Średni przedsiębiorca*** *– to przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniomiesięcznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub suma aktywów jego bilansu sporządzona na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

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

...................... *(Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę).*

10. Numer rachunku 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 : …....................................zł

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

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

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

*Pracodawca może wnioskować o środki finansowe KFS na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w wysokości:*

* ***80%*** *kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż do wysokości 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, ( pracodawca ponosi pozostałe 20 % kosztów),*
* *pracodawca będący* ***mikroprzedsiębiorcą*** *może wnioskować o środki finansowe KFS w wysokości* ***100%*** *kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy - nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.*

*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 i wyżywieniau.*

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcyz uwzględnieniem poniższych priorytetów tzw. puli ministra na rok 2021 (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

1. □ wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność; liczba osób……………kwota……………zł
2. □ 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; liczba osób……………kwota……………zł
3. □ wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych; ilość osób……………kwota……………zł
4. □ wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia; liczba osób……………kwota……………zł
5. □ wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem; liczba osób……………kwota……………zł
6. □ wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych; liczba osób……………kwota……………zł
7. □ wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości; liczba osób……………kwota……………zł
8. □ 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; liczba osób……………kwota……………zł

**C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych 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 KFS w 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 KFS  w 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 KFS w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |  |  |

**Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabele zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia** (*tabele według potrzeby można powiększyć o kolejne wiersze lub w przypadku niezaplanowanych działań można je usunąć lub skreślić).*

**D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Pracodawca/y** | **Liczba pracowników** | |
| **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 |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |
| 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 LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY ORAZ OBOWIĄZUJĄCYCH PRIRYTETÓW WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS:**

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

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

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

**F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA**

**USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ Z ŚRODKÓW KFS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | Nazwa kształcenia ustawicznego |  |
|  | Liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
|  | Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne |  |
|  | Liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem |  |
|  | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego - podać nazwę dokumentu |  |
|  | W przypadku realizatora kursów - posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, (*np. KRS bądź CEIDG realizatora usługi kształcenia ustawicznego)*  - podać nazwę dokumentu |  |
| Uzasadnienie wyboru danego realizatora | | |

**\* Uwaga:** w przypadku kilku realizatorów usług - tabelę należy powielić dostosowując ilość

do liczby realizatorów.

**G. INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB, KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM Z ŚRODKÓW KFS:**

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

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

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

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

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

# W związku z formą pomocy realizowaną w ramach ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz zobowiązuję się do stosowania przepisów ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1781 t.j.) i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) **2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO.**

………………………………… …………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU- obligatoryjne**:

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - Załącznik nr 1 (*druk na końcu wniosku).*
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis  
   w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo - Załącznik nr 2 (*druk do pobrania na stronie* [*www.ciechanow.praca.gov.pl*](http://www.ciechanow.praca.gov.pl)*, w zakładce: Dla pracodawców i przedsiębiorców- Podnoszenie kompetencji i kwalifikacji pracowników i kandydatów do pracy- Krajowy Fundusz Szkoleniowy; formularz do wydruku).*
3. 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 3.
4. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu - załącznik nr 4.
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników,

wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on

z przepisów powszechnie obowiązujących - załącznik nr 5.

Dodatkowe załączniki wymagane przez PUP w Ciechanowie:

1. Oświadczenie wnioskodawcy - załącznik nr 6 *(druk na końcu wniosku).*
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest

wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu

założycielskiego spółki lub przepisu - załącznik nr 7.

1. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców / przedsiębiorców / podmiotów współpracujących z Powiatowym Urzędem Pracy w Ciechanowie – załącznik nr 8 *( druk na końcu wniosku).*
2. Pracodawca składający wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu „1 wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność” - zobowiązany jest wypełnić załącznik nr 9 *(druk na końcu wniosku).*
3. Pracodawca składający wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu „2 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” zobowiązany jest wypełnić załącznik nr 10 *(druk na końcu wniosku).*
4. Pracodawca składający wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu „3. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych” powinien udowodnić, że wskazana forma kształcenia ustawicznego dotyczy zawodu deficytowego na terenie danego powiatu bądź województwa. Oznacza to zawód zidentyfikowany jako deficytowy w oparciu o wyniki najbardziej aktualnych badań/ analiz, takich jak :

„Barometr zawodów ” (powiatowy lub wojewódzki),

„Monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych” - ostatni dostępny Raport lub Informacja sygnalna. Powyższe wskazane źródła dostępne są na stronie internetowej www.ciechanow.praca.gov.pl w zakładkach : Rynek pracy-Statystyki i analizy urzędu - Analizy rynku pracy.

1. Pracodawca składający wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu „5 wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem” - zobowiązany jest wypełnić załącznik nr 11 *( druk na końcu wniosku).*
2. Pracodawca składający wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu „ 6 wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych” powinien udowodnić, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy, a osoby objęte kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami. *Uzasadnienie pracodawcy będzie analizowane z uwzględnieniem jednostkowej oceny sytuacji tj. terminu dostawy sprzętu, dostępnych terminów szkolenia.* Od wnioskodawcy wymaga się wiarygodnego dokumentu potwierdzającego, czy składany wniosek wpisuje się w priorytet nr 6, może to być np. kopia dokumentów zakupu, decyzja dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO oraz logiczne i wiarygodne pisemne uzasadnienie.

Wsparciem kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu nr 6 można objąć jedynie osobę, która w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych na stanowisku pracy korzysta lub będzie korzystała z nowych technologii i narzędzi pracy.

1. Pracodawców składających wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu

„7 wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości” - zobowiązany jest wypełnić załącznik nr 12 (*druk na końcu wniosku*).

1. Pracodawców składających wniosek o dofinasowanie z KFS w ramach priorytetu „8 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” - zobowiązany jest wypełnić załącznik nr 13 (*druk na końcu wniosku*).

**SKŁADANE KOPIE DOKUMENTÓW PROSZĘ POTWIERDZIĆ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM**

**Zaleca się aby Pracodawcy zainteresowani otrzymaniem dofinansowania na różne formy w ramach kształcenia ustawicznego składali oddzielne wnioski na poszczególne działania (np.: oddzielnie na studia podyplomowe, oddzielnie na kursy itp.).**

**W przypadku gdy do wniosku nie zostaną dołączone załączniki obligatoryjne nr 1-5**

*tj. zgodne z §5 ust.2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego*

*(Dz. U. z 2018 r., poz. 117 t .j. )* **– wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.**

W przypadku braku pozostałych załączników wymaganych przez PUP w Ciechanowie bądź nieprawidłowego wypełnienia wniosku - Wnioskodawca zostanie wezwany do jego poprawienia.

………………………………… …………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających go**

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

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | |  |  |

*W razie potrzeby tabelę można powiększyć o dodatkowe wiersze.*

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 i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

Załącznik nr 6

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

*(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, 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 MRPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117 t.j.);
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 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 (Dz. Urz. UE L 352 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 Powiatowy Urząd Pracy w Ciechanowie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MRPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117 t.j.), zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 t.j.);
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.

Oświadczam, że osoby przewidziane do kształcenia ustawicznego w ramach KFS nie są osobami współpracującymi, tzn. środki KFS nie zostaną wykorzystane na kształcenie ustawiczne małżonka, dzieci własnych lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobionych, rodziców oraz macochy i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności.

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 przepisów Kodeksu Pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 t.j. z późn. zm. ).

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 i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

Załącznik 8

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców / przedsiębiorców / podmiotów współpracujących**

**z Powiatowym Urzędem Pracy w Ciechanowie**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Ciechanowie informuje, że:

1. Administratorem danych, w tym danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ciechanowie mający siedzibę przy ul. Sygietyńskiego 11, 06 - 410 Ciechanów, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Ciechanowie.
2. Dane, w tym dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt e RODO dla celów realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1409 j.t. z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej postawie.
3. Odbiorcą danych osobowych są pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy w Ciechanowie oraz podmioty, którym Administrator przekazuje dane osobowe na podstawie przepisów prawa.
4. Dane, w tym dane osobowe związane z realizacją form wsparcia dla pracodawców, przedsiębiorców, realizacją umów zawieranych z powiatowym urzędem pracy - przechowywane są przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia, realizacji zawartej umowy oraz przez okres przechowywania dokumentacji określony w odrębnych przepisach.
5. Pracodawcy/ przedsiębiorcy / realizatorowi form wsparcia przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
6. Pracodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych -Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: iod@pup- ciechanow.pl.

Administrator Danych Osobowych

Powiatowego Urzędu Pracy w Ciechanowie

**Zapoznałem/łam się z powyższym : ……………………...…………………………………..**

*data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy*

Załącznik nr 9

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY** *(do priorytetu 1)*

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, **oświadczam, że:**

**Spełniam warunki priorytetu „1 wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność”\*,** określone w przepisach wydanych na podstawie 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 202 r. poz. 1845 i 2112).

Jednocześnie oświadczam o wystąpieniu konieczność nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku z rozszerzeniem/przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy z powodu ……………………………………………………………………………………….

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

(uzasadnienie z powołaniem się na odpowiedni przepis bez konieczności dostarczenia dokumentów finansowego potwierdzających spadek obrotów).

*……………………………………………………………..……*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\* *Dodatkowe wyjaśnienie na podstawie*

*„Kierunkowych wytycznych dla urzędów pracy” dot. KFS na 2021 rok –https://ciechanow.praca.gov.pl/.*

Załącznik nr 10

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY** *(do priorytetu 2)*

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, **oświadczam, że:**

**Spełniam warunki priorytetu „2 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 bezpośredni pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby”\*.**

Jednocześnie informuję o konieczność odbycia wnioskowanej formy w ramach kształcenia ustawicznego lub nabycia określonych umiejętności.

*……………………………………………………………..……*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\* *Dodatkowe wyjaśnienie na podstawie*

*„Kierunkowych wytycznych dla urzędów pracy” dot. KFS na 2021 rok –https://ciechanow.praca.gov.pl/.*

Załącznik nr 11

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY** *(do priorytetu 5)*

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, **oświadczam, że:**

Kandydat/ Kandydaci przewidziany/i jako uczestnik/uczestnicy do kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego **spełnia/ją warunki dostępu do priorytetu „5 wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem”\*,**

tj. w ciągu jednego roku przed datą złożenie wniosku o dofinansowanie podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

*……………………………………………………………..……*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\* *Dodatkowe wyjaśnienie na podstawie*

*„Kierunkowych wytycznych dla urzędów pracy” dot. KFS na 2021 rok –https://ciechanow.praca.gov.pl/.*

Załącznik nr 12

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY** *(do priorytetu 7)*

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, **oświadczam, że:**

Kandydat/ Kandydaci przewidziany/i jako uczestnik/uczestnicy do kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego **spełnia/ją warunki dostępu do priorytetu „7 wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości”\*,**

tj. nie ma/mają ukończonej szkoły na jakimkolwiek poziomie lub nie ma/mają świadectwa dojrzałości.

*……………………………………………………………..……*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\* *Dodatkowe wyjaśnienie na podstawie*

*„Kierunkowych wytycznych dla urzędów pracy” dot. KFS na 2021 rok –https://ciechanow.praca.gov.pl/.*

Załącznik nr 13

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY** *(do priorytetu 8)*

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, **oświadczam, że:**

Kandydat/ Kandydaci przewidziany/i jako uczestnik/uczestnicy do kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego **spełnia/ją warunki dostępu do priorytetu „8 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”\*.**

*……………………………………………………………..……*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\* *Dodatkowe wyjaśnienie na podstawie*

*„Kierunkowych wytycznych dla urzędów pracy” dot. KFS na 2021 rok –https://ciechanow.praca.gov.pl/.*