|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER WNIOSKU**  wypełnia MUP w Kielcach |  |

……………………….…………………

(pieczęć pracodawcy)

**Wniosek** **pracodawcy o przyznanie środków   
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie   
kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

**Podstawa prawna:**

1. Art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz.U. z 2023 r. poz.735 z późn .zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

**Informacja:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
2. Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez pracodawcę.
3. Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy należy wpisać **„nie dotyczy”.**
4. **INFORMACJE O PRACODAWCA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy (*zgodnie z dokumentami, np. CEiDG,* *KRS, umową spółki itd.)* |  |
| 2. Adres siedziby pracodawcy *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)* |  |
| 3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby)* |  |
| 4. Adres do korespondencji  *(miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – wypełnić, jeśli adres jest inny niż podany w pkt 2)* |  |
| 5. NIP |  |
| 6. REGON |  |
| 7. Nr rachunku bankowego pracodawcy, na który mają zostać przekazane środki KFS |  |
| 8. Przeważający rodzaj działalności gospodarczej według (PKD) |  |
| 9. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności *(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna.)* |  |
| 10. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy *(zgodnie  z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* |  |
| 11. Pesel[[1]](#footnote-1) |  |
| 12. Adres zamieszkania[[2]](#footnote-2) |  |
| 13. Imię i nazwisko osoby do kontaktów |  |
| 14. Numer telefonu *(obowiązkowo)* |  |
| 15. E-mail *(obowiązkowo)* |  |
| 16. Wielkość przedsiębiorstwa\* | mikroprzedsiębiorstwo: □  małe przedsiębiorstwo: □  średnie przedsiębiorstwo: □  duże przedsiębiorstwo: □ |
| Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę - na dzień złożenia wniosku: |  |
| \* Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych i spełniał łącznię następujące warunki  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych  2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.  Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych  10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro  - i który nie jest mikroprzedsiębiorcą  Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych  50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.  - i który nie jest mikroprzediębiorcą ani małym przedsiębiorcą  Wyrażone w euro wielkości, o których mowa powyżej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski  w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy.  Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty.  Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich, urlopach opiekuńczych i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.  W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę.  **UWAGA:** określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych. | |

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

Środki KFS mogą zostać przyznane w wysokości 80% kosztów kształcenia ustawicznego nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym w złotych** (zgodnie z pkt VI wniosku)**:** | |  |
| Słownie: |  | |
| W tym: **Wysokość wnioskowanych środków KFS w złotych:** | |  |
| Słownie: |  | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złotych\*:** | |  |
| Słownie: |  | |
| *\*Nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw.*  *Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać 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. Wkład własny nie może pochodzić ze środków pracownika. Wkładem własnym nie może być koszt udostępnienia przez pracodawcę organizatorowi kształcenia sali/pomieszczeń/ sprzętu i innych kwestii niezwiązanych ze środkami finansowymi pracodawcy. Wkładem własnym nie może być podatek VAT od realizowanego kształcenia ustawicznego.* | | |

**III. Wskazanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracodawcy   
i pracowników:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | | Liczba pracodawców | | Liczba pracowników | |
| razem | kobiety | razem | kobiety |
| **Liczba osób, których wydatek dotyczy ogółem** | |  |  |  |  |
| **Liczba osób 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 |  |  |  |  |
| **Liczba osób** | Wykonujących pracę w szczególnych warunkach oraz pracę  o szczególnym charakterze |  |  |  |  |
| W tym osoby mogące to udokumentować |  |  |  |  |
| **Liczba osób według nazwy grupy zawodów** | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |

**IV. WYKAZ OSÓB, KTÓRE ZOSTANĄ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Pracownik / Pracodawca[[3]](#footnote-3)** | **Rodzaj umowy o pracę /**  **wymiar etatu**  **(np. 1/1, ½ itp.)** | **Grupa wiekowa, do której należy uczestnik kształcenia** | | | | **Poziom wykształcenia uczestnika kształcenia** | | | | | **KORZYSTAŁ**  **ze środków KFS  w roku 2023** | **KORZYSTAŁ**  **ze środków KFS  w 2024 r.** |
| **Okres obowiązywania umowy  (od …… do ……) /  data rozpoczęcia działalności gospodarczej** | 15 - 24 lata | 25 - 34 lata | 35 - 44 lata | 45 lat  i więcej | Gimnazjalne  i poniżej | Zasadnicze zawodowe | Średnie ogólnokształcące | Policealne  i średnie zawodowe | Wyższe |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TAK / NIE\* | TAK / NIE\*1  w kwocie:  ................... |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TAK / NIE\* | TAK / NIE\*1  w kwocie:  ...............… |
|  |

**V. PRIORYTETY WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS W 2024 ROKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Priorytety wydatkowania środków KFS ustalone przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy.** | |
| 1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 5. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 6. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 7. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach. | □ **TAK** □ **NIE** |
| **2. Priorytety wydatkowania środków rezerwy KFS wynikające z decyzji Rady Rynku Pracy.** | |
| A. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS. | □ **TAK** □ **NIE** |
| B. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. | □ **TAK** □ **NIE** |
| C. 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. | □ **TAK** □ **NIE** |
| D. Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju. | □ **TAK** □ **NIE** |

**VI. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYDATKÓW OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

| **Lp.** | **Nazwa kursu** | | | **Dokładny termin realizacji**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | | | |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa studiów podyplomowych** | | | **Dokładny termin realizacji**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | | | |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | | | **Dokładny termin realizacji**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | | | |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Rodzaj badań lekarskich  i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | | | **Dokładny termin realizacji**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | | | |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków  w związku z podjętym kształceniem** | **Dokładny termin realizacji**  **od dnia do dnia)** | | | **Nazwa i adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | | | |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Określenie potrzeb pracodawcy  w zakresie kształcenia ustawicznego  w związku z ubieganiem się  o finansowanie tego kształcenia ze środków KFS** | | **Dokładny termin realizacji**  **(od dnia do dnia)** | | **Nazwa i adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | | | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  | |  | |  | | |  |  |  |
| Ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

**VII. UZASADNIENIE WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS** (należy wypełnić dla każdej osoby objętej kształceniem) | | | | | | |
| **Lp.** | **Dane osób objętych kształceniem** | **Priorytet** | | | | **Rodzaj kształcenia ustawicznego  -** nazwa kursu, studiów, egzaminów, badań, NNW, określenie potrzeb |
| 1) | Imię i nazwisko ……………………………………………  Stanowisko……………………………..………………… | **Osoba z priorytetu MRiPS na 2024r.** | | **Osoba z priorytetu Rady Runku Pracy (REZERWA)** | |  |
| * 1 * 2 * 3 * 4 | * 5 * 6 * 7 * 8 | * A * B | * C * D |
| **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS.**  Plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy,  a w przypadku objęcia wsparciem pracodawcy – informacja na temat planów, co do działalności firmy w przyszłości.  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………..……………………………………………….……….…………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..…….…………….………..**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……….………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……….………**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……….………** | | | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych i przyszłych potrzeb pracodawcy, dotyczących osoby objętej kształceniem ustawicznym.**  **(1)** Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika obecnie zadań zawodowych.  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **(2)** Sposób, w jaki wykorzystane zostaną nabyte w toku kształcenia ustawicznego kompetencje zawodowe (należy odnieść się do zakresu zadań zawodowych w przyszłości).    ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  **(3)** Powiązanie zaplanowanego działania z priorytetem.  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……. | | | | | |
| **Informacja o zgodności kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego i regionalnego rynku pracy.**  Za potrzeby lokalnego i regionalnego rynku pracy uznane zostaną zawody deficytowe wskazane w Barometrze zawodów 2024: miasto Kielce i/lub województwo świętokrzyskie.  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................................……………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................…………………………………………… | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego ze środków KFS wraz z następującymi informacjami** *(Niniejszą tabelę należy rozpisać osobno dla każdego działania zaplanowanego do finansowania w ramach kształcenia ustawicznego ze środków KFS):* | | | | |
| * 1. **Rodzaj usługi**   (właściwe zaznaczyć) | | | □ Określenie potrzeb pracodawców  □ Kurs  □ Studia podyplomowe  □ 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 od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku  z podjętym kształceniem | |
| * 1. **Nazwa realizatora usług kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| * 1. **Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego (adres)** | | |  | |
| * 1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| **e. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego**  *(jeżeli informacja ta nie jest dostępna  w publicznych rejestrach elektronicznych)* | | |  | |
| **f. Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| **g. Liczba godzin usługi kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| **h. Termin i** **adres realizacji usługi kształcenia ustawicznego** | | | **od ………………………..… do……………………..…**  **adres .......................................................................................** | |
| **i. Cena usługi kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika**  *(jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT).*  *UWAGA: Koszt danej formy wsparcia nie może zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem  i wyżywieniem*. | | |  | |
| **j. Porównanie ceny ww. usługi kształcenia ustawicznego  z ceną 2 podobnych usług kształceń ustawicznych oferowanych na rynku** *(o ile są dostępne)* | 1) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia | |  |
| Liczba godzin kształcenia | |  |
| Cena usługi kształcenia ustawicznego | |  |
| 2) | Nazwa i siedziba organizatora usługi kształcenia ustawicznego | |  |
| Liczba godzin usługi kształcenia ustawicznego | |  |
| Cena usługi kształcenia ustawicznego | |  |
| **k. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | …………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………. | | | |

**VIII. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że:

1. **ZAPOZNAŁEM SIĘ** z „*Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego obowiązującymi w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach*”.
2. **POSIADAM / NIE POSIADAM\*** statusu pracodawcy w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. **JESTEM / NIE JESTEM\*** przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą.
4. **JESTEM / NIE JESTEM**\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów art. 2 pkt 17 ustawy z dnia   
   30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z 2023 r. poz. 702).
5. **ZALEGAM / NIE ZALEGAM\*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych, KRUS oraz innych danin publicznych.
6. **POSIADAM / NIE POSIADAM\*** ugody zawartej z wierzycielem o warunkach spłaty zadłużenia.
7. **TOCZY SIĘ / NIE TOCZY SIĘ\*** w stosunku do mojej firmy postępowanie upadłościowe i **ZOSTAŁ / NIE ZOSTAŁ\*** zgłoszony wniosek o likwidację.
8. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **ZOSTAŁEM / NIE ZOSTAŁEM\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **JESTEM / NIE JESTEM\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
9. Pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym **SĄ / NIE SĄ\*** zatrudnieni na podstawie umowy o pracę / powołania / wyboru / mianowania / spółdzielczej umowy o pracę.
10. **UTRZYMAM / NIE UTRZYMAM\*** zatrudnienie pracowników, których kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia przez nich ostatniej formy wsparcia.
11. Pracodawca / pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **PRZEBYWAJĄ / NIE PRZEBYWAJĄ\*** na: urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich, urlopach opiekuńczych i urlopach wychowawczych, bezpłatnych.
12. Pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **SPEŁNIAJĄ / NIE SPEŁNIAJĄ\*** definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu działalności).
13. **UBIEGAM SIĘ / NIE UBIEGAM\***się o środki na kształcenie pracodawcy / pracowników objętych niniejszym wnioskiem   
    w innym powiatowym urzędzie pracy.
14. Z wybranym realizatorem usługi kształcenia ustawicznego:
15. **JESTEM / NIE JESTEM\*** powiązany osobowo ani kapitałowo (nie jestem wspólnikiem, akcjonariuszem);
16. **POSIADAM / NIE POSIADAM\*** co najmniej 10% udziałów lub akcji;
17. **PEŁNIĘ / NIE PEŁNIĘ FUNKCJI\*** członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
18. **POZOSTAJĘ / NIE POZOSTAJĘ\*** w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa   
    w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli).
19. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
20. Wskazane we wniosku formy pomocy **SĄ / NIE SĄ\*** stażami podyplomowymi i szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy   
    i lekarzy dentystów oraz specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz pielęgniarki i położnej.
21. Pracownicy wskazani we wniosku **WYRAZILI / NIE WYRAZILI\*** zgody na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie   
    i archiwizowanie danych osobowych dotyczących swojej osoby, przez Miejski Urząd Pracy w Kielcach dla celów związanych   
    z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie finansowania działań z KFS.
22. Pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **SPEŁNIAJĄ / NIE SPEŁNIAJĄ\*** wymagania wstępne dla uczestników kształcenia, które uwzględniają szczególne uwarunkowania lub ograniczenia związane z kształceniem w danym zawodzie.
23. **DOKONAŁEM ROZEZNANIA RYNKU USŁUG** w zakresie przedstawionym w części VII pkt. 2j wniosku. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam dostępnymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się przedstawiać na każde żądanie Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach, aż do końca okresu obowiązywania umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego.
24. **PRZYJMUJĘ** **DO WIADOMOŚCI**, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników   
    i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.
25. **ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ** do niezwłocznego powiadomienia Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w złożonym wniosku.

**\*niewłaściwe skreślić**

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 w zw. z art. 233 §6 Kodeksu Karnego, „*Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*” - **oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe   
i zgodne ze stanem faktycznym.**

Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów i pracowników będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane 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 2018r. poz. 117), zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Jednocześnie oświadczam, że pracownicy wskazani we wniosku zostali zapoznani z treścią *Załącznika nr 4* – Klauzula informacyjna.

….…………………………………………………………….……

(data i czytelny podpis pracodawcy lub osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy)

**Załączniki do wniosku:**

**OBOWIĄZKOWE:**

1. Oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - ***Załącznik nr 1****.*
2. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG: w przypadku spółki cywilnej - umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami; statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
3. Program usługi kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (oddzielnie dla każdego kursu / studiów / egzaminu) - ***Załącznik nr 2****.*
4. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
5. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu   
   w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis)

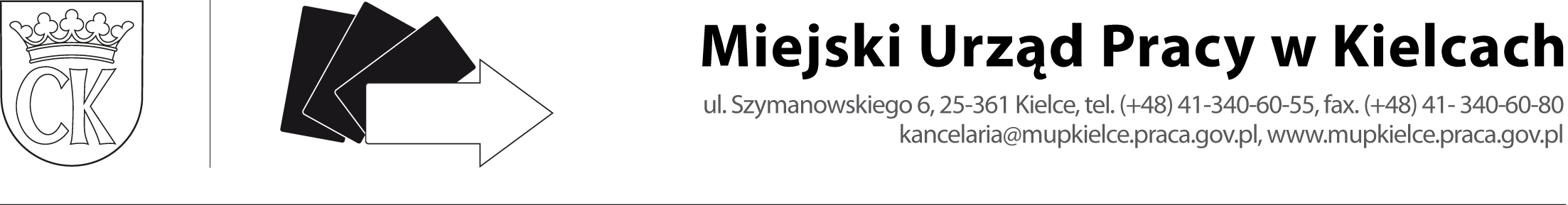
**DODATKOWE:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetów - ***Załącznik nr 3****.*
2. Klauzula informacyjna – ***Załącznik nr 4****.*
3. W przypadku, gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale,   
   w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
4. Dokument potwierdzający miejsce prowadzenia działalności na terenie powiatu Miasto Kielce - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, np. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy dzierżawy, najmu.
5. W przypadku kursów należy dołączyć dokument, na podstawie którego realizator usługi kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.
6. Kserokopia certyfikatów jakości usług posiadanych przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego.
7. Wnioskodawcy będący rolnikami lub prowadzącymi działy specjalne produkcji rolnej winni przedłożyć, jeżeli ich dotyczy odpowiednio:
8. zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Urzędu Miasta o wielkości powierzchni gospodarstwa rolnego, w tym w ha przeliczeniowych,
9. nakaz płatniczy za ostatni rok podatkowy, inny dokument potwierdzający prawo własności gospodarstwa,
10. zaświadczenie z KRUS o podleganiu i niezaleganiu w płatnościach ubezpieczenia społecznego rolników,
11. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o prowadzeniu działów specjalnych produkcji rolnej,
12. oświadczenie o prowadzeniu osobiście i na własny rachunek działalności w zakresie produkcji rolnej lub zwierzęcej w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe.

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem**

***UWAGA !***

1. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz z załącznikami.*
2. ***Wniosek, który nie zawiera załączników OBOWIĄZKOWYCH pozostaje bez rozpatrzenia.***
3. *W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku i/lub bez załączników dodatkowych, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.*
4. *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
5. *Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.*
6. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*



*Załącznik nr 1 do wniosku* *pracodawcy o przyznanie środków*

*z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie*

*kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy*

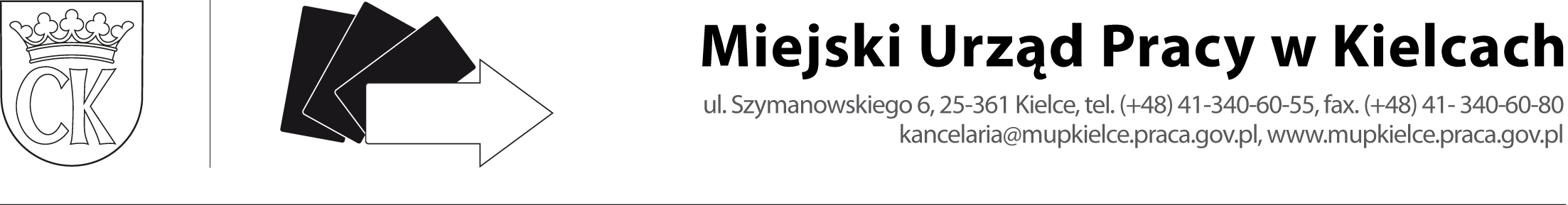
**Oświadczenie o otrzymanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis**

*Podstawa prawna żądania oświadczenia: art. 220 K.p.a. w związku z art. 60d ust. 9 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz. U. z 2023r, poz. 735 z późn. zm.).*

1. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał / uzyskał\*** pomoc *de minimis*w ciągu trzech minionych lat przed dniem złożenia wniosku w ramach jednego przedsiębiorstwa w wysokości:\*\*…………………………………………….…………………………………………………………….
2. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał / uzyskał\*** pomoc *de minimis*w rolnictwie w okresie danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed dniem złożenia wniosku w ramach jednego przedsiębiorstwa w wysokości:\*\* ……………………………..………..
3. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał / uzyskał\*** pomoc *de minimis*w rybołówstwie w okresie danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed dniem złożenia wniosku w ramach jednego przedsiębiorstwa w wysokości\*\* ……………………………………….
4. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał / uzyskał\*** pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc *de minimis*w wysokości:\*\* ………………………………. z przeznaczeniem na ……………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 w związku z art. 233 § 6 Kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy** |

|  |
| --- |
| …………………………………………………. ……………………………….………………………… |
| *(miejscowość, data) ( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*  *uprawnionej do reprezentowania pracodawcy )*    ***\* niepotrzebne skreślić***  ***\*\* w przypadku uzyskania pomocy proszę wpisać jej wysokość w euro*** |

 *Załącznik nr 2 do wniosku* *pracodawcy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy*

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

(pieczęć realizatora usługi kształcenia ustawicznego)

# Program kształcenia ustawicznego / zakres egzaminu / studiów podyplomowych

1. **Dane dotyczące realizatora kształcenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |
| **2. Adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |
| **3. Numer telefonu** |  |
| **4. E-mail** |  |
| **5. NIP** |  |
| 1. **REGON** |  |
| **7. PKD** |  |
| **8. Wpis do rejestru instytucji szkoleniowych** | tak, jeżeli tak proszę podać następujące dane: wpis w rejestrze prowadzonym przez Wojewódzki Urząd Pracy w ...........................................  pod numerem ......................................................................................................     nie |

1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia**

Miejski Urząd Pracy dokonując oceny tego kryterium będzie opierał się na tych certyfikatach, które zostały uznane przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) na potrzeby rejestracji w Bazie Usług Rozwojowych zamieszczonych na stronie: <https://www.parp.gov.pl/component/content/article/84720:aktualizacja-listy-certyfikatow-lub-dokumentow-poswiadczajacych-udzielenie-akredytacji---stan-na-10-sierpnia-2023-r>, Certyfikat ISO 29990:2010, Znak Jakości MSUES, Certyfikat VCC Akademia Edukacyjna, Znak Jakości TGLS Quality Alliance, Pearson Assured, Standard Usługi Szkoleniowo-Rozwojowej PIFS SUS 2.0, Certyfikat systemu zarządzania jakością wg. ISO 9001:2015 (PN-EN ISO 9001:2015) – w zakresie powiązanym ze świadczeniem usług rozwojowych, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, Akredytacja EAQUALS, Akredytacja EQUIS, Certyfikat PN-EN ISO/ ICE 17024:2012, Certyfikat PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015-09, Certyfikat ISO 21001: 2018 Organizacje edukacyjne, Certyfikat ICVC - SURE (Standard Usług Rozwojowych w Edukacji) oraz  Akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych.

|  |
| --- |
|  tak, proszę podać jakie: |
|  nie |

1. **Rodzaj i nazwa usługi kształcenia ustawicznego (kurs / egzamin / studia podyplomowe\*)**

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

1. **Czas trwania kształcenia i sposób organizacji usługi kształcenia ustawicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin kształcenia ustawicznego** | od ........................ do ..................................  Liczba semestrów w przypadku studiów podyplomowych: …….. |
| **Liczba godzin edukacyjnych usługi kształcenia ustawicznego (czas kształcenia jednej osoby):**  .............................................  w tym:  a) zajęcia teoretyczne: ......................  b) zajęcia praktyczne: ....................... | |

1. **Miejsce kształcenia ustawicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres zorganizowania zajęć teoretycznych**  ................................................................................................................................................................................................ | **Adres zorganizowania zajęć praktycznych**  .................................................................................................................................................................................................................. |

1. **Koszt kształcenia ustawicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| KOSZT USŁUGI KSZTAŁCENIA **USTAWICZNEGO** (kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu\*)  **NA 1 UCZESTNIKA**  (jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas koszt danej formy wsparcia musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT).  **UWAGA**: **Koszt danej formy wsparcia nie może zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.** | ...........................złotych  słownie: .......................................................................  ....................................................................... złotych |

1. **Uzyskane kwalifikacje i umiejętności po pozytywnym zakończeniu kształcenia ustawicznego przez uczestnika**

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

1. **Plan kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Plan kształcenia ustawicznego** | | |
| ***Temat / nazwa zajęć edukacyjnych***  ***(kluczowe punkty kształcenia* ustawicznego *w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych)*** | ***Wymiar zajęć (w godzinach)*** | |
| ***teoretycznych*** | ***praktycznych*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Razem** |  |  |

1. **Przewidziane sprawdziany / egzaminy (właściwe zaznaczyć):**

egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez realizatora usługi kształcenia **ustawicznego**

egzamin państwowy przed komisją (podać nazwę komisji ……………………………………………….)

inna forma zaliczenia, proszę wpisać jaka: ...................................................................................................

1. **Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia ustawicznego i uzyskanie kwalifikacji:**(proszę zaznaczyć w okienku właściwe)

zaświadczenie /certyfikat według własnego wzoru

zaświadczenie na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów - należy wskazać podstawę prawną na podstawie jakich przepisów wydane są dokumenty tj. **np. ustawa, rozporządzenie wraz z podaniem numeratorów tych aktów prawnych** w których zawarte są wzory zaświadczeń, certyfikatów lub innych dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji: ……...........................................................................

 inne – jakie? ……………………………………………………………………………………………...

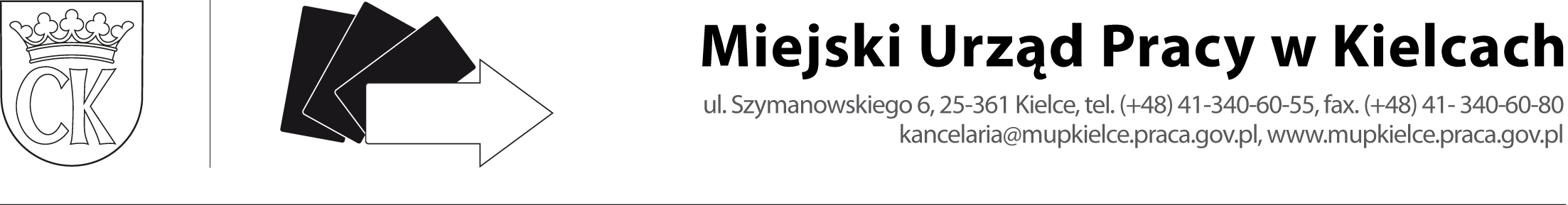
Oświadczamy, iż w przypadku realizacji kształcenia ustawicznego na rzecz pracodawcy, na wniosek Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach przedstawimy szczegółowy preliminarz kosztów dla danej formy kształcenia **ustawicznego** oraz harmonogram zajęć z wyszczególnieniem dni, godzin (od – do) oraz miejscem odbywania szkolenia kształcenia **ustawicznego** i osoby prowadzącej.

**Załączniki:**

1. **Wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia ustawicznego i uzyskanie kwalifikacji (np. dyplomów, uprawnień itp.).**
2. **Kserokopia certyfikatów jakości usług posiadanych przez organizatora kształcenia ustawicznego.**
3. **W przypadku kursów należy dołączyć dokument, na podstawie którego organizator kształcenia ustawicznego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.**

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

(miejscowość, dnia) (podpis i pieczęć dyrektora/kierownika realizatora kształcenia lub osoby upoważnionej do reprezentowania realizatora kształcenia)

*Załącznik nr 3 do wniosku* *pracodawcy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy*

**Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetów**

Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:

**Priorytety wydatkowania środków KFS ustalone przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy**

**Priorytet 1**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy**

*Wykaz osób, które w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych / na stanowisku pracy korzystają lub będą korzystać z nowych procesów, technologii i narzędzi pracy*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 2**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych**

*Osoby wymienione w poniższej tabeli zostaną objęte kształceniem ustawicznym w zawodzie deficytowym wskazanym w Barometrze zawodów 2024 dla miasta Kielce*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby | Nazwa zawodu deficytowego na terenie powiatu zgodnie z Barometrem zawodów 2024 Miasto Kielce |
|  |  |  |
|  |  |  |
| … |  |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 3**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych**

*Wykaz osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 4**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych**

*Osoby wymienione poniżej zostaną objęte kształceniem ustawicznym w zakresie umiejętności cyfrowych.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 5**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej**

*Wykaz osób pracujących w branży motoryzacyjnej.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 6**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia**

*Osoby wymienione poniżej należą do osób po 45 roku życia.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 7**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców**

*Osoby wymienione poniżej zostaną objęte kształceniem ustawicznym. Należą do nich zarówno zatrudnieni cudzoziemcy jak i polscy pracownicy oraz pracodawcy zatrudniający lub planujący zatrudnić cudzoziemców.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet 8**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach**

*Osoby wymienione poniżej zostaną objęte kształceniem ustawicznym w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytety wydatkowania środków rezerwy KFS wynikające   
z decyzji Rady Rynku Pracy**

**Priorytet A**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet B**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**

*Osoby wymienione w poniżej posiadają aktualny orzeczony stopień niepełnosprawności.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet C**

**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**

*Osoby wymienione poniżej należą do osób wykonujących przez co najmniej 15 lat prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**Priorytet D**

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

*Osoby wymienione poniżej zostaną objęte kształceniem ustawicznym w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu / województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Branża | Dokument strategiczny / plan rozwoju |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| … |  |  |  |

Uzasadnienie priorytetu

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

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………………..*  *(data)* | ………………………………………………...  *(podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)* |

**

*Załącznik nr 4 do wniosku pracodawcy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego*

*na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**dotycząca przetwarzania przez Miejski Urząd Pracy w Kielcach danych osobowych z uwagi na złożenie przez naszego kontrahenta wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych  
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie  
o ochronie danych zwanego dalej „RODO”), Miejski Urząd Pracy w Kielcach informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Urząd Pracy w Kielcach reprezentowany przez Dyrektora MUP z siedzibą w Kielcach pod adresem ul. Szymanowskiego 6, 25-361 Kielce, dane kontaktowe: numer telefonu 41 340 60 55, adres email: [**kancelaria@mupkielce.praca.gov.pl**](mailto:kancelaria@mup.kielce.pl)**.**
2. Wszelkie kwestie dotyczące danych osobowych można kierować do Inspektora Ochrony Danych   
   w Pracy w Kielcach na adres e-mail: **iod@mupkielce.praca.gov.pl.** lub adres Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach wskazanego w ust. 1. Szczegółowe dane dotyczące Inspektora znajdują się na stronie https://mupkielce.praca.gov.pl/ w zakładce „Ochrona danych osobowych – Dane kontaktowe”.
3. Celem przetwarzania danych jest: realizacja obowiązków w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia  
   i pomocy pracownikom i/lub pracodawcy w realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Społecznego wynikającego z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  
   z dnia 20 kwietnia 2004 r. (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.).
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne (odbywa się zgodnie z prawem – art. 6 ust. 1 lit. b, c, e oraz art. 9 ust. 2 lit. b rozporządzenia RODO) do wykonania umowy, wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, a także dla celów obrony własnych interesów np. w celu dochodzenia roszczeń przez Miejski Urząd Pracy w Kielcach.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmioty, z którymi MUP Kielce podpisał umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych.
6. Administrator Danych nie ma zamiaru przekazywania Pani/Pana danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc w pełnych latach kalendarzowych od pierwszego dnia roku następującego po roku pozyskania danych. W przypadku prowadzenia postępowań sądowych czas przechowywania danych może ulec wydłużeniu na czas trwającego postępowania bądź dłuższy,  
   w zależności od obowiązków nałożonych przez przepisy prawa.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania a także prawo do przenoszenia danych, z zastrzeżeniem, że przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tych praw.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana, narusza przepisy rozporządzenia RODO.
10. Zachodzi dobrowolność podania danych osobowych, z zastrzeżeniem, że podanie danych jest konieczne  
    w celu korzystania ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego a odmowa podania powyższych danych będzie wiązać się z rezygnacją świadczenia pomocy przez MUP.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (zautomatyzowanego przetwarzania) w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 rozporządzenia RODO.

………………. ..………………………………………..

*(data) (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej*

*do reprezentowania pracodawcy)*

1. *dotyczy podmiotów będących osobami fizycznymi* [↑](#footnote-ref-1)
2. *dotyczy podmiotów będących osobami fizycznymi* [↑](#footnote-ref-2)
3. \* **Niewłaściwe skreślić** [↑](#footnote-ref-3)