
(pieczęć firmowa)

(miejscowość, data)

**DYREKTOR
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
W BRZEGU**

WNIOSEK PRACODAWCY
w sprawie uzyskania środków na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego
pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego

WNIOSEK PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE

I. DANE PRACODAWCY:

1. Nazwa pracodawcy _____
2. Adres siedziby pracodawcy: ul./al./pl.* _____
Kod pocztowy: - _____
miejscowość
3. Miejsce prowadzenia działalności: ul./al./pl.* _____
Kod pocztowy: - _____
miejscowość
4. Telefon kontaktowy: - -
5. Osoba reprezentująca firmę: _____
Stanowisko: _____
6. E-mail: _____
7. NIP - - -
8. REGON PKD (2007)
9. Forma prawna (zaznaczyć X):

Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (także wspólnik spółki cywilnej)	<input type="checkbox"/>
Spółka jawna	<input type="checkbox"/>
Spółdzielnia	<input type="checkbox"/>
Przedsiębiorstwo państwowe	<input type="checkbox"/>
Jednoosobowa spółka z o.o. Skarbu Państwa	<input type="checkbox"/>
Spółka z o.o. w której jednostka samorządu terytorialnego posiada 100% udziałów	<input type="checkbox"/>
Spółka z o.o. w stosunku do której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa lub komunalna jednostka organizacyjna są podmiotami dominującymi	<input type="checkbox"/>
Inna spółka z o.o.	<input type="checkbox"/>
Jednoosobowa spółka akcyjna Skarbu Państwa	<input type="checkbox"/>
Spółka akcyjna w której jednostka samorządu terytorialnego posiada 100% udziałów	<input type="checkbox"/>
Spółka akcyjna w stosunku do której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, państwowa lub komunalna jednostka organizacyjna są podmiotami dominującymi	<input type="checkbox"/>
Inna spółka akcyjna	<input type="checkbox"/>
Inna forma prawna (podać jaka?) _____	<input type="checkbox"/>

* niepotrzebne skreślić

10. Wielkość Przedsiębiorstwa :

- Mikroprzedsiębiorstwo** (zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln EUR)
- Małe przedsiębiorstwo**(zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln EURO)
- Średnie przedsiębiorstwo** (zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR lub którego całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln EUR)

11. Rodzaj potwierdzenia formy prawnej:

- wpis do ewidencji działalności gospodarczej prowadzonej przez _____
- wypis z Krajowego Rejestru Sądowego nr _____

12. Rodzaj działalności: _____

13. Data rozpoczęcia działalności: □□ - □□ - □□□□

14. Stan zatrudnienia (ogółem zatrudnionych na umowę o pracę w dniu złożenia wniosku) _____
w tym osób zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy _____

15. Upoważniona osoba od kontaktów z PUP

- a. imię i nazwisko _____
- b. zajmowane stanowisko _____
- c. tel. □□□-□□□-□□□

15. Dotychczasowe korzystanie ze środków na kształcenie ustawiczne (jeśli tak wymienić jakie) :

- w 2015r _____
- w 2016r _____
- w 2017r _____

16. Czy Państwa Firma ubiega się o środki z KFS w innym PUP : tak/nie*

Jeśli tak , to PUP w _____

II. DANE DOT. DZIAŁAŃ

1. Wskazanie działań kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, na które składają się:

- a) określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS (załącznik nr 1),
- b) kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą,
- c) studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą,
- d) egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych,
- e) badania lekarskie wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu
- f) badania psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,
- g) ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem

*niepotrzebne skreślić

2. Wykaz działań wraz z liczbą osób, których wydatek dotyczy:

Lp.	Działanie	Liczba osób wg grup wiekowych			
		15-24	25-34	35-44	45 i więcej
1.	kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą,				
2.	studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą,				
3.	egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych,				
4.	badania lekarskie wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu				
5.	badania psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,				
6.	ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem;				

3. Termin realizacji działania

Lp.	Działanie	Pełna nazwa działania (np. nazwa kursu itp.)	Liczba osób	Termin
1.	kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą,			
2.	studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą,			
3.	egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych,			
4.	badania lekarskie wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu			
5.	badania psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,			
6.	ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem;			

L.P	Pracownik	Umowa o pracę (od kiedy do kiedy)	Stanowisko	Plan zatrudnienia wobec pracownika korzystającego ze środków KFS

III.KOSZTY DZIAŁAŃ

1. Określenie całkowitej wysokości wydatków na działania: _____
2. Wnioskowana wysokość z KFS: _____
3. Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez Pracodawcę: _____
4. Wartość procentowa wkładu własnego (stosunek poz. 3/1) [w %]: _____
5. Numer rachunku bankowego Pracodawcy:

IV. ZAŁĄCZNIKI

1. zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.);
2. 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 (tj. Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404);
3. Dokumenty potwierdzające prawną formę istnienia pracodawcy lub przedsiębiorcy :
 - statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji lub spółdzielni;
 - inne, które ze względu na specyfikę prawnej formy istnienia podmiotu nie zostały wyżej wymienione (dotyczy np. jednostek budżetowych, producentów rolnych, szkół, przedszkoli);
4. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez Realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących .
6. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone **pełnomocnictwo** określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, 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 lub przedsiębiorcy (reprezentacji) muszą być czytelne lub opisane pieczętkami imiennymi.

UWAGA ! Kserokopie dokumentów (każdą zapisaną stroną) należy opatrzyć klauzulą : „Potwierdzam zgodność niniejszego odpisu z oryginałem” i własnoręcznym czytelnym podpisem osoby uprawnionej do reprezentacji pracodawcy.

V.Uzasadnienie wyboru Realizatora

L.P	Stanowisko pracownika	Okres zatrudnienia	Informacja dot. dalszego planu zatrudnienia	Nazwa szkolenia	Realizator Szkolenia wpisany do RIS* Certyfikaty jakości/upoważnienia Firmy Szkoleniowej do prowadzenia tego typu szkoleń	Uzasadnienie wyboru Realizatora szkolenia spośród innych ofert szkoleniowych .	Cena szkolenia/ 1 osobę

- Np.: Rejestr Instytucji Szkoleniowych / Rejestru Usług Szkoleniowych / Bazy Usług Rozwojowych

VI.UZASADNIENIE – OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O SFINANSOWANIE TEGO KSZTAŁCENIA ZE ŚRODKÓW KFS

1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy

Wybór Priorytetu wydatkowania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w roku 2018, z którego Pracodawca ubiega się na kształcenie ustawiczne wraz z krótkim uzasadnieniem:

1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych .
.....
.....
2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy.
.....
.....
3. 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
.....
.....

Pieczęć pracodawcy

Podpis pracodawcy

V.OŚWIADCZENIE/OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Oświadczenie pracodawcy

Ja niżej podpisany/a pouczone/a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz.U. z 1997r. Nr 88 poz. 553 z późn. zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, **oświadczam:**

Iż zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015r. poz. 2135 z późn. zm.) posiadam oświadczenia pracownika/ów objętego/tych działaniami kształcenia ustawicznego finansowanymi z Krajowego Funduszu Szkoleniowego o wyrażeniu zgody na przetwarzanie ich danych osobowych do realizacji procesu kształcenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczętka pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych informacji (art. 233 § 1 i § 2 kk) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

Pieczętka pracodawcy

Podpis pracodawcy

Obowiązek informacyjny

Administrator danych osobowych: **Powiatowy Urząd Pracy w Brzegu, ul. Armii Krajowej 32 49-300 Brzeg.**

Inspektor Ochrony Danych: **Marcin Bystrzycki.**

Cele przetwarzania danych osobowych: **monitorowania kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w ramach zawartych umów z pracodawcą.**

Okres przechowywania informacji – **10 lat.**

Odbiorcy danych – **Wojewódzki Urząd Pracy w czasie kontroli.**

Informuję, że właściciel danych osobowych ma prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego, którym jest Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Przekazanie danych jest wymogiem ustawowym. Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U 1065, z późn. zm)

Zgodnie z § 69 „a” i § 69 „b” ust. 3 oraz 6 który mówi min. : „Starosta może przeprowadzić kontrolę u pracodawcy w zakresie przestrzegania postanowień umowy , o której mowa w ust.1 wydatkowania środków KFS zgodnie z przeznaczeniem, właściwego dokumentowania oraz rozliczania otrzymanych i wydatkowanych środków i w tym celu może zażądać danych, dokumentów i udzielania wyjaśnień w sprawach objętych zakresem kontroli”.

2. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16.12.2016 r zmieniające rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego(Dz.U 2016 r. poz.2155)

Przekazywanie danych do państwa trzeciego – nie dotyczy.

Prawo cofnięcia zgody – nie dotyczy.

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji – nie dotyczy.

Podpis uczestnika/uczestników kształcenia ustawicznego w ramach KFS:

1.....

2.....

VII. DECYZJA - WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY

Podpis pracownika

Podpis Dyrektora PUP