# pobrane.pngPOWIATOWY URZĄD PRACY w Jastrzębiu-Zdroju

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

1. Nazwa pracodawcy:
2. Adres pracodawcy:
3. Miejsce prowadzenia działalności:
4. NIP
5. PESEL (w przypadku osoby fizycznej)
6. REGON
7. Przeważająca działalność gospodarcza wg PKD
8. Nazwa banku i numer rachunku bankowego
9. Imię i nazwisko osoby do kontaktów z PUP

Nr telefonu

Mail

1. Liczba zatrudnionych pracowników

Wielkość przedsiębiorstwa: mikro pozostałe

1. Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego (rodzaje):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Udział pracodawcy w formie kształcenia** | **Liczba pracowników** | |
| **Ogółem** | **W tym kobiety** |
| **Objęci wsparciem ogółem** | |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| według poziomu wykształcenia | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |

1. Wnioskowane formy wsparcia
2. **SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkolenia** |  |
| **Termin realizacji**  **(m-c, rok)** |  |
| **Nazwa i adres instytucji szkoleniowej przewidzianej do realizacji** |  |
| **Koszt dla jednej osoby** |  |
| **Liczba osób** |  |
| **Całkowita wysokość wydatków w zł** |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |  |

1. **STUDIA PODYPLOMOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kierunek studiów podyplomowych** |  |
| **Termin realizacji**  **(m-c, rok)** |  |
| **Nazwa i adres instytucji szkoleniowej przewidzianej do realizacji** |  |
| **Koszt dla jednej osoby** |  |
| **Liczba osób** |  |
| **Całkowita wysokość wydatków w zł** |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |  |

1. **EGZAMINY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** |  |
| **Termin realizacji**  **(m-c, rok)** |  |
| **Nazwa i adres instytucji szkoleniowej przewidzianej do realizacji** |  |
| **Koszt dla jednej osoby** |  |
| **Liczba osób** |  |
| **Całkowita wysokość wydatków w zł** |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |  |

1. **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** |  |
| **Termin realizacji**  **(m-c, rok)** |  |
| **Nazwa i adres instytucji szkoleniowej przewidzianej do realizacji** |  |
| **Koszt dla jednej osoby** |  |
| **Liczba osób** |  |
| **Całkowita wysokość wydatków w zł** |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |  |

1. **UBEZPIECZENIE NNW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** |  |
| **Termin realizacji**  **(m-c, rok)** |  |
| **Nazwa i adres ubezpieczyciela** |  |
| **Koszt dla jednej osoby** |  |
| **Liczba osób** |  |
| **Całkowita wysokość wydatków w zł** |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |  |

1. **OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Określenie potrzeb pracodawcy  w zakresie kształcenia ustawicznego** | **Termin realizacji**  **(m-c, rok)** | **Nazwa i adres instytucji przewidzianej do realizacji** | **Całkowita wysokość wydatków**  **w zł** | **Wnioskowana wysokość środków  z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |

**Podsumowanie kosztów**

**CAŁKOWITA WYSOKOŚĆ WYDATKÓW W ZŁ**

**WNIOSKOWANA KWOTA RAZEM W ZŁ**

**WYSOKOŚĆ WKŁADU WŁASNEGO WNOSZONEGO PRZEZ PRACODAWCĘ W ZŁ …………………………..**

**Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 § 1 K.K. podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

…………………………………………………………………………

/pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/

1. **Oświadczenie pracodawcy**

**Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 § 1 K.K. podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że:**

1. dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą;
2. nie ubiegam się o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy;
3. środki przeznaczone z KFS na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem nie przekroczą 300 % przeciętnego wynagrodzenia na jednego uczestnika;
4. osoby, które skorzystają ze wsparcia środkami KFS są zatrudnione na podstawie umowy o pracę;
5. nie zalegam ze składkami na Fundusz Pracy;
6. zapoznałem się z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r.   
   w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego i spełniam warunki w nim określone (Dz.U. z 2018 r. poz. 117);
7. zapoznałem się z Regulaminem przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców Powiatowego Urzędu Pracy w Jastrzębiu-Zdroju;
8. wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Jastrzębiu-Zdroju dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS   
   z dn. 14.05.2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018, poz. 117), zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.   
   z 2018 r. poz. 1000,);
9. jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach KFS jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania;
10. dokonałem rozeznania rynku w celu wybrania najkorzystniejszej oferty gwarantującej efektywne wykorzystanie środków publicznych. Przez najkorzystniejszą ofertę rozumie się ofertę, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów (m.in. jakość usług, doświadczenie);
11. działania, określone we wniosku, nie będą realizowane przez Usługodawcę, z którym jestem powiązany osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy, polegające   
w szczególności na:

* uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
* posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
* pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
* pozostawaniu 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.

1. Wskazane w umowie konto bankowe[[1]](#footnote-2):

 nie jest oprocentowane;

 jest oprocentowane;

Jestem świadomy, że w przypadku zaistnienia sytuacji powstania odsetek od środków Funduszu Pracy na rachunku bankowym zobowiązany jestem zwrócić takie odsetki na rachunek bankowy Urzędu, z którego otrzymam środki.

…………………………………………………………………………

/data, pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/

1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:**

**Nazwa szkolenia/egzaminu/studiów podyplomowych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa instytucji**  **NIP** | **Adres** | **Certyfikaty jakości oferowanych usług T/N\*** | **Liczba godzin** | **Cena** |
| **Wybrana oferta:** |  |  |  |  |
| **Kontroferta 1:** |  |  |  |  |
| **Kontroferta 2:** |  |  |  |  |
| **Uzasadnienie wyboru instytucji\*\*** |  | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy\*\*\*** |  | | | |

\* punkty za posiadanie certyfikatu jakości oferowanych usług przyznawane są wyłącznie w przypadku dołączenia jego kserokopii do wniosku;

\*\* do wybranej oferty należy dołączyć program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu oraz wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika, wystawianego przez realizatora wybranej usługi , o ile nie wynika on   
z przepisów powszechnie obowiązujących;

\*\*\* wskazanie potrzeby odbycia kształcenia z uwzględnieniem sytuacji rynkowej firmy, możliwości rozwojowych, konkurencji, posiadanych obecnie przez pracowników kompetencji i zdiagnozowanych luk w zakresie umiejętności i kwalifikacji zawodowych; przedstawienie potrzeb w odniesieniu do firmy oraz każdej osoby objętej kształceniem.

1. **Uzasadnienie wnioskowanych form kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajmowane stanowisko** | **Planuję dalsze zatrudnienie**  **pracownika**  **T/N** | **Zgodność wnioskowanego działania z ustalonymi priorytetami wydatkowania środków KFS w roku 2022\*** | |
| **Priorytet Ministra właściwego ds. pracy**  **wydatkowania środków KFS w roku 2022**  **(1-7)** | **Priorytet Rady Rynku Pracy wydatkowania rezerwy KFS w roku 2022**  **(a-c)** |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |

**Aby skorzystać ze środków KFS musi zostać spełniony co najmniej jeden z priorytetów ministra.**

**Priorytety wydatkowania środków KFS ustalone przez Ministra właściwego do spraw pracyw roku 2022**

1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek pandemii COVID-19, musiały podjąć działania w celu dostosowania się do zmienionej sytuacji rynkowej – **Załącznik 2**
2. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem – **Załącznik 3**
3. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych
4. wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących będących członkami rodzin wielodzietnych – **Załącznik 4**
5. 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
6. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych – **Załącznik 5**
7. wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej

**Aby skorzystać ze środków rezerwy KFS musi zostać spełniony co najmniej jeden z priorytetów wydatkowania rezerwy określony przez Radę Rynku Pracy.**

**Priorytety Rady Rynku Pracy wydatkowania rezerwy KFS w roku 2022**

1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia
2. wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności – **Załącznik 6**
3. wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców – **Załącznik 7**

**Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 § 1 K.K. podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

…………………………………………………………………………

/pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

Do wniosku o zawarcie umowy na dofinansowanie kształcenia ustawicznego pracodawca będący przedsiębiorcą dołącza:

1. **Załącznik nr 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.) obejmujące:
2. wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis*, jakie przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat;
3. wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* w rolnictwie, jakie przedsiębiorca otrzymał w roku,   
   w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat;
4. wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* w rybołówstwie, jakie przedsiębiorca otrzymał   
   w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat;
5. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 24.10.2014 r. zmieniającego rozporządzenie *w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis* (Dz. U. z 2014, poz. 1543,   
   z późn. zm.) lub formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór załącznika do rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 29.03.2010 r. *w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc inną niż pomoc de minimis* lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie(Dz. U. Nr 53, poz. 312, z późn. zm.);

Wzory formularzy dostępne są na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji   
i Konsumentów [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl) w zakładce pomoc publiczna/ informacje dodatkowe/ formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc.

1. kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu;
3. wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego;
4. wnioskodawca, który chce spełnić wymagania **priorytetu nr 1** Ministra ds. Pracy   
   powinien załączyć do wniosku oświadczenie stanowiące **załącznik nr 2** do wniosku;
5. wnioskodawca, który chce spełnić wymagania **priorytetu nr 2** Ministra ds. Pracy   
   powinien załączyć do wniosku oświadczenie stanowiące **załącznik nr 3** do wniosku;
6. wnioskodawca, który chce spełnić wymagania **priorytetu nr 4** Ministra ds. Pracy   
   powinien załączyć do wniosku oświadczenie stanowiące **załącznik nr 4** do wniosku;
7. wnioskodawca, który chce spełnić wymagania **priorytetu nr 6** Ministra ds. Pracy   
   powinien załączyć do wniosku oświadczenie stanowiące **załącznik nr 5** do wniosku;
8. wnioskodawca, który chce spełnić wymagania **priorytetu b)** Rady Rynku Pracy powinien załączyć do wniosku oświadczenie stanowiące **załącznik nr 6** do wniosku;
9. wnioskodawca, który chce spełnić wymagania **priorytetu c)** Rady Rynku Pracy powinien załączyć do wniosku oświadczenie stanowiące **załącznik nr 7** do wniosku.

**KLAUZULA INFORMACYJNA - ART. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 osobowych - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1) informuję, że:**

Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Jastrzębiu-Zdroju, ul. Pszczyńska 134, 44-335 Jastrzębie-Zdrój adres e-mail: [sekretariat@pupjastrzebie.pl](mailto:sekretariat@pupjastrzebie.pl  )(dalej jako „ADO”).

1. ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w osobie: Pana Wacława Knura, z którym można się skontaktować pod adresem ul. Pszczyńska 134, 44-335 Jastrzębie-Zdrój, pod adresem mailowym: iod@pupjastrzebie.pl.
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawy   
   z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z instrukcją kancelaryjną lub w oparciu   
   o uzasadniony interes realizowany przez administratora, z uwzględnieniem okresu przedawnienia roszczeń.
5. Podmioty przetwarzania danych posiadają prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Podmiot przetwarzania danych ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
7. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do skorzystania z usług pośrednictwa oraz instrumentów rynku pracy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r.   
   o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, rozporządzenie MPiPS z dnia 14 maja 2014 r.   
   w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy; odmowa podania danych spowoduje brak możliwości skorzystania z form pomocy oferowanych przez urząd.
8. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

…………………………………………………………………………

/data, pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy/

1. właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)