

.....
pieczęćka Pracodawcy....., dnia.....
miejsowość

**WNIOSEK PRACODAWCY
O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
PRACOWNIKA LUB PRACODAWCY ZE ŚRODKÓW
REZERWY KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

I Wnoszę o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego ze środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego obejmujące (zaznaczyć właściwe):

- kursy
- studia podyplomowe
- egzaminy
- badania lekarskie i psychologiczne
- ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków

II Wnoszę o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego ze środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w ramach następujących priorytetów Rady Rynku Pracy w 2024 r.

(Aby skorzystać ze środków KFS składany wniosek musi mieścić się w obszarze przynajmniej jednego z priorytetów Rady Rynku Pracy na rok 2024)

	<i>Priorytety wydatkowania rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w roku 2024</i>	<i>Właściwe zaznaczyć X</i>
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 <i>(celem potwierdzenia spełnienia priorytetu należy przedłożyć oświadczenie Pracodawcy – załącznik nr 6)</i>	
B.	Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności <i>(celem potwierdzenia spełnienia priorytetu należy przedłożyć oświadczenie Pracodawcy – załącznik nr 7)</i>	
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 <i>(celem potwierdzenia spełnienia priorytetu należy przedłożyć oświadczenie Pracodawcy – załącznik nr 8)</i>	
D.	Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju <i>(celem potwierdzenia spełnienia priorytetu należy przedłożyć oświadczenie Pracodawcy – załącznik nr 9)</i>	

UWAGA:

Do rozpatrywania będzie kwalifikował się wniosek pracodawcy, który spełnia wymagania przynajmniej jednego z wymienionych wyżej priorytetów

IV Informacje dotyczące uczestnika/uczestników kształcenia ustawicznego

1. Liczba osób, które mają zostać objęte kształceniem ustawicznym: pracodawca:, w tym kobiet:

2. Liczba osób, które mają zostać objęte kształceniem ustawicznym: pracownik:, w tym kobiet:

Czy wśród osób wskazanych do objęcia kształceniem ustawicznym:

- **jest / nie ma** Prezes/a, Wiceprezes/a Zarządu, który jest jedynym lub większościovym udziałowcem Spółki

(niepotrzebne skreślić)

- **nie ma członków Zarządu/są członkowie Zarządu**, ale są zatrudnieni w spółce na podstawie umowy o pracę

(niepotrzebne skreślić)

Lp.	Uczestnik – pracodawca/ pracownik*	Płeć – kobieta/ mężczyzna*	Czy osoba była już objęta kształceniem ustawicznym w roku 2023 lub 2024 TAK/NIE* (w przypadku wpisania TAK należy podać kwotę dofinansowania z KFS oraz rok)	prioritytet/priorytety z którego/których kwalifikuje się osoba Należy obligatoryjnie wskazać co najmniej jeden priorytet	Czy pracownik/pracodawca korzysta z kilku form wsparcia TAK/NIE* (w przypadku wpisania TAK należy wskazać formę kształcenia ustawicznego oraz nazwę kształcenia ustawicznego)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

* Właściwe wpisać

V DZIAŁANIA O DOFINANSOWANIE KTÓRYCH WNIOSKUJE PRACODAWCA

UWAGA:

1. Wnioskowana wysokość środków rezerwy KFS nie może uwzględniać kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem i zakwaterowaniem.

2. Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług i § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 r. w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zastosowanie ma zwolnienie od podatku kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

1. KURSY

Lp	Nazwa i siedziba realizatora kursu/kursów	Termin kursu/kursów	Miejsce kursu/kursów (adres)	Nazwa szkolenia	Liczba godzin kursu/kursów	Pracownik/pracodawca (wpisać właściwie)	Koszt szkolenia dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	<u>aktualny stopień wykształcenia, dotychczasowe stanowisko</u>
1.											wykształcenie: dotychczasowe stanowisko:
						Razem:					

(Uwaga: w razie potrzeby dodać lub usunąć wiersze)

- a) uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:
-
-
-
- b) posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia (proszę wymienić certyfikaty):
-
-
-
- c) posiadany przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokument, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego:
- wpis do RIS nr
- CEIDG – kod PKD
- KRS – kod PKD
- wpis do Rejestru Szkół i Placówek Niepublicznych nr
- inne
-
-
-

- d) cena podobnego kursu (podobnych kursów) oferowana na rynku w porównaniu z podaną powyżej ceną (proszę wskazać ceny oferowane przez co najmniej dwóch innych realizatorów kursu / kursów, wraz z nazwą i siedzibą realizatorów oraz liczbą godzin kursu/kursów, o ile są dostępne)

Lp.	Nazwa i siedziba realizatora	Liczba godzin kursu	Cena	Cena za godz.
1.				
2.				

W przypadku braku ofert na rynku – należy opisać tę sytuację:

.....

2. STUDIA PODYPLOMOWE

Lp.	Nazwa i siedziba realizatora studiów podyplomowych	Kierunek studiów podyplomowych	Termin realizacji studiów podyplomowych	Miejsce realizacji studiów podyplomowych (adres)	Liczba godzin studiów podyplomowych	Pracownik/pracodawca (wpisać właściwe)	Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	<u>aktualny stopień wykształcenia,</u> <u>dotychczasowe stanowisko</u>
1.											wykształcenie: dotychczasowe stanowisko:
						Razem:					

(Uwaga: w razie potrzeby dodać lub usunąć wiersze)

- a) uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:

.....

- b) posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia (proszę wymienić certyfikaty):

.....

- c) cena wymienionego powyżej kierunku studiów podyplomowych oferowana na rynku przez innych organizatorów studiów podyplomowych w porównaniu z podaną powyżej ceną (proszę wskazać ceny oferowane przez co najmniej dwóch innych organizatorów studiów podyplomowych, o ile są dostępne)

Lp.	Nazwa i siedziba realizatora	Liczba godzin studiów podyplomowych	Cena	Cena za godz.
1.				
2.				

W przypadku braku ofert na rynku – należy opisać tę sytuację:

.....

3. EGZAMINY

Lp.	Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych	Nazwa i siedziba organizatora egzaminu	Termin egzaminu	Miejsce egzaminu (adres)	Liczba godzin egzaminu	Pracownik/pracodawca (wpisać właściwe)	Koszt egzaminu dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	<u>aktualny stopień wykształcenia, dotychczasowe stanowisko</u>
1.											wykształcenie: dotychczasowe stanowisko:
2.											
						Razem:					

(Uwaga: w razie potrzeby dodać lub usunąć wiersze)

- a) uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:
-
-
-
- b) posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia (*proszę wymienić*):
-
-
-
- c) cena wymienionego egzaminu oferowana na rynku przez innych organizatorów egzaminu w porównaniu z podaną powyżej ceną (*proszę wskazać ceny oferowane przez co najmniej dwóch innych organizatorów egzaminu, o ile są dostępne*)

Lp.	Nazwa i siedziba organizatora egzaminu	Liczba godzin egzaminu	Cena
1.			
2.			

W przypadku braku ofert na rynku – należy opisać tę sytuację:

.....

.....

4. BADANIA LEKARSKIE

Lp.	Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu	Nazwa instytucji, która przeprowadzi badania	Termin przeprowadzenia badań	Miejsce badań (adres)	Pracownik/pracodawca (wpisać właściwe)	Koszt badań lekarskich i psychologicznych	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	<u>aktualny stopień wykształcenia,</u> <u>dotychczasowe stanowisko</u>
1.										wykształcenie: dotychczasowe stanowisko:
					Razem:					

(Uwaga: w razie potrzeby dodać lub usunąć wiersze)

- a) uzasadnienie wyboru instytucji, która przeprowadzi badania lekarskie i psychologiczne:
-
-
- b) cena wymienionych powyżej badań lekarskich i psychologicznych oferowana na rynku przez inne instytucje (proszę wskazać ceny oferowane przez co najmniej dwie inne instytucje, o ile są dostępne):

Lp.	Nazwa i siedziba instytucji	Cena
1.		
2.		

W przypadku braku ofert na rynku – należy opisać tę sytuację:

.....

.....

5. UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Lp.	Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem i data ubezpieczenia	Nazwa instytucji ubezpieczającej	Pracownik/pracodawca (wpisać właściwe)	Koszt ubezpieczenia NW dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	<u>(aktualny stopień wykształcenia, dotychczasowe stanowisko)</u>
1.								wykształcenie: dotychczasowe stanowisko:
			Razem:					

(Uwaga: w razie potrzeby dodać lub usunąć wiersze)

- a) uzasadnienie wyboru instytucji ubezpieczającej:
-
-
-
-
- b) cena ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków oferowana na rynku przez inne instytucje ubezpieczające (proszę wskazać ceny oferowane przez co najmniej dwie inne instytucje ubezpieczające)

Lp.	Nazwa i siedziba instytucji	Cena
1.		
2.		

W przypadku braku ofert na rynku – należy opisać tę sytuację:

.....

.....

Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego zł.

w tym:

- kwota wnioskowana z KFS: zł.
- kwota wkładu własnego: zł.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 297 § 1 k. k. w brzmieniu:

„Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponującej środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, elektronicznego instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument, albo nierzetelne pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Zobowiązuję się do ochrony danych osobowych pracownika/pracowników, któremu/którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) (Dz. Urz. UE L 119, s.1).

X. Załączniki do wniosku:

- | | |
|---|---|
| 1. Oświadczenie o pomocy de minimis (zał. nr 1) * | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 2. Informacja z instytucji szkoleniowej o szkoleniu w ramach KFS (zał. nr 2) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 3. Kalkulacja kosztów szkolenia (zał. nr 2a) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 4. Informacja instytucji egzaminującej (zał. nr 3) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 5. Informacja o studiach podyplomowych w ramach KFS (zał. nr 4) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 6. Klauzula informacyjna dla pracodawcy ubiegającego się o środki z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego (zał. nr 5) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 7. Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu A (zał. nr 6) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 8. Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu B (zał. nr 7) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 9. Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu C (zał. nr 8) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 10. Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu D (zał. nr 9) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 11. Oświadczenie wnioskodawcy (zał. nr 10) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 12. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (zał. nr 11) lub formularz informacji przedstawianych przez Wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (zał. nr 12) * | |
| 13. Dokument potwierdzający oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności Wnioskodawcy – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. w przypadku spółek cywilnych – 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) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 14. Program kształcenia ustawicznego (kursu/kursów, studiów podyplomowych) lub zakres egzaminu | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 15. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| 16. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy jeżeli upoważnienie osoby nie wynika z wpisu do KRS lub CEIDG | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

* dokumenty z pkt 1 i 12 wypełniają Wnioskodawcy będący beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

UWAGA

1. Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
2. W przypadku gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo, wyznacza się termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.
3. **Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia w przypadku:**
 - a) **niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie,**
 - b) **niedołączenia załączników do wniosku wymienionych w pkt X pkt 1, 12, 13, 14, 15.**
4. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu dokumentów.
5. Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem na każdej ze stron przez pracodawcę lub osobę upoważnioną.

.....
data

.....
(czytelny podpis imieniem i nazwiskiem osoby
upoważnionej do reprezentowania
Wnioskodawcy oraz pieczętka)

UWAGA:

Wszystkie korekty zapisów uzupełnienia w treści wniosku, wszystkie poprawki mylnych zapisów we wniosku mogą być dokonane wyłącznie przez osobę do tego upoważnioną zgodnie z dokumentami rejestrowymi. Zmianę należy dokonać poprzez skreślenie mylnego zapisu, dopisaniu treści właściwej itp., a następnie czytelnym podpisaniu oraz wpisaniu daty dokonania zmiany oraz potwierdzeniem dokonania zmiany. Pracownik Powiatowego Urzędu Pracy w Złotowie zmiany dokonane na dokumentach, które już wpłynęły do Powiatowego Urzędu Pracy w Złotowie przyjmuje poprzez wpisanie daty potwierdzenia przyjęcia zmiany.

Informacje skutkujące zmianą treści niniejszego wniosku przesłane drogą elektroniczną muszą posiadać bezpieczny podpis elektroniczny weryfikowany przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP.

Podstawa prawna:

- 1) Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- 2) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117);
- 3) rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
- 4) Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9);
- 5) Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

**Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Oświadczenie o pomocy *de minimis*

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, oświadczam, iż **w okresie minionych trzech lat:**

- otrzymałem pomoc *de minimis**
- nie otrzymałem pomocy *de minimis**

W przypadku otrzymania pomocy *de minimis* należy wypełnić poniższą tabelę**:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w PLN (brutto)	Wartość pomocy w EURO (brutto)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Razem wartość uzyskanej pomocy <i>de minimis</i>					

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczętka Pracodawcy lub osoby
upoważnionej do składania oświadczeń
w imieniu Pracodawcy)

* należy zaznaczyć właściwą odpowiedź

** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie minionych 3 lat (3 razy 365 dni).

**Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

.....
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

**INFORMACJA Z INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ O SZKOLENIU
W RAMACH KFS**

(wypełnia Instytucja szkoleniowa)

1. Nazwa instytucji szkoleniowej:
2. Adres instytucji szkoleniowej:
3. Nr telefonu:
4. Nr fax:
5. Adres e-mail:
6. NIP: REGON:
7. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD:
8. Nazwa szkolenia:
.....
.....
9. Liczba godzin szkolenia:
10. Termin szkolenia od do
11. Całkowity koszt szkolenia 1 osoby (bez podatku VAT)²: słownie złotych:
.....

UWAGA:

w koszcie szkolenia nie ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem

12. Koszt osobogodziny szkolenia (koszt szkolenia 1 osoby podzielony przez liczbę godzin szkolenia):
- słownie złotych:

13. Płatne jednorazowo: Termin płatności
- (kwota) (dzień/miesiąc/rok)

Koszt kształcenia ustawicznego koszty/kosztów* przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia.
(wpisać odpowiednio: zawiera/nie zawiera)

.....
/miejsowość i data/

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania instytucji szkoleniowej)

*niepotrzebne skreślić

² Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.

**Załącznik nr 2a do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA

(koszt nie może zawierać wyżywienia, zakwaterowania i dojazdu)

(odrębnie dla każdego szkolenia)

Nazwa szkolenia:

Liczba godzin szkolenia:

Liczba osób:

Należy wypełnić ściśle wg podanych rubryk

Lp.	TREŚĆ	Kwota w zł
1.	Koszt użytkowania sal wykładowych (własnych lub wynajętych)	
2.	Wynagrodzenie wykładowców / instruktorów	
3.	Koszt materiałów szkoleniowych	
4.	Inne koszty – (wymienić jakie): (np. energia elektryczna, woda, personel pomocniczy, amortyzacja sprzętu, koszty zaświadczeń, certyfikatów, itp.)	
5.	Koszt egzaminu państwowego (jeżeli jest przewidziany)	
6.	Zysk jednostki szkolącej	
Ogółem koszt szkolenia		
Koszt szkolenia za 1 osobę		
Koszt osobogodziny szkolenia (Koszt szkolenia za 1 osobę podzielony przez liczbę godzin szkolenia)		

.....
/miejsowość i data/

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania *instytucji szkoleniowej*)

**Załącznik nr 3 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

.....
(pieczęćka instytucji egzaminującej)

**INFORMACJA Z INSTYTUCJI EGZAMINUJĄCEJ
O EGZAMINIE W RAMACH KFS
wypełnia instytucja egzaminująca**

1. Nazwa instytucji egzaminującej :
2. Adres instytucji egzaminującej :
3. Nr telefonu:
4. Nr fax:
5. Adres e-mail:
6. Osoba reprezentująca instytucję egzaminującą
7. Miejsce egzaminu (adres)
8. Nazwa egzaminu
9. Liczba godzin egzaminu
10. Planowany termin egzaminu
11. Koszt egzaminu
- słownie:)
12. Termin płatności

(dzień/miesiąc/rok)

.....
(podpis osoby uprawnionej ze strony
instytucji egzaminującej)

**Załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

.....
(pieczęć instytucji)

.....
(miejsowość, data)

Informacja o studiach podyplomowych w ramach KFS

(wypełnia organizator studiów podyplomowych)

1. Nazwa i siedziba organizatora studiów podyplomowych:
.....
.....
2. Nr identyfikacji podatkowej NIP.....
3. Nr identyfikacyjny REGON
4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD
5. Kierunek studiów podyplomowych.....
.....
6. Miejsce realizacji studiów podyplomowych
-
7. Termin rozpoczęcia studiów:.....
8. Przewidywany termin zakończenia studiów:.....
9. Liczba semestrów studiów podyplomowych.....
10. Całkowity koszt studiów (bez podatku VAT)¹: słownie:
11. Płatne jednorazowo Termin płatności

(kwota)

(dzień/miesiąc/rok)

.....
*(podpis osoby uprawnionej ze strony organizatora
studiów podyplomowych)*

¹ Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.

**Załącznik nr 5 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Klauzula informacyjna dla pracodawcy / osoby działającej w imieniu pracodawcy ubiegającego / ubiegającej
się o środki z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – **dalej RODO** informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Złotowie, ul. Kolejowa 11, 77-400 Złotów,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych:
 - a) telefonicznie: 691 707 120,
 - b) elektronicznie: e-mail: bhp@onet.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Urzędu Pracy w Złotowie w zakresie udzielenia pomocy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,
- 4) podstawa prawna przetwarzania:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
 - b) art. 4 ust. 5c w związku z art. 5b pkt 1-11, 16, 18 i pkt 20 lit. a i art. 33 ust. 5b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
 - c) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 poz. 117)
 - d) rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
 - e) Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9);
 - f) Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1);
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, upoważnieni pracownicy firmy świadczącej usługi informatyczne dla Powiatowego Urzędu Pracy w Złotowie, dane pracodawców którzy otrzymali pomoc publiczną są zamieszczane w bazie SHRIMP,
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą 12 lat - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie udzielania pomocy publicznej,
- 7) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych,
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 9) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i w przypadku niepodania danych, które wymagają przepisy prawa nie będzie możliwe udzielenie pomocy określonej w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, tj. pomocy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z powyższymi informacjami:

(data, podpis, pieczęć)

Załącznik nr 6 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego

Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu 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

Oświadczam, że jestem podmiotem uprawnionym do korzystania ze środków w ramach w/w priorytetu, tj.:

	Zaznaczyć X
CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ	
KLUBEM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ	
WARSZTATEM TERAPII ZAJĘCIOWEJ	
ZAKŁADEM AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ	
SPÓŁDZIELNIĄ SOCJALNĄ	
PRZEDSIĘBIORSTWEM SPOŁECZNYM wskazanym na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS	

Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania
Wnioskodawcy oraz pieczętka)

**Załącznik nr 7 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Oświadczenie Pracodawcy
o spełnianiu Priorytetu B**

Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach w/w priorytetu spełnia/ją warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, co zostało przeze mnie zweryfikowane.

Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania
Wnioskodawcy oraz pieczętka)

Załącznik nr 8 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego

Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu 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

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e do kształcenia w ramach Priorytetu C mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze (na podstawie załącznika nr 1 i 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych – Dz. U. z 2023, poz. 164 ze zm.) i nie przysługuje im prawo do emerytury pomostowej.

Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania
Wnioskodawcy oraz pieczętka)

**Załącznik nr 9 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Oświadczenie Pracodawcy
o spełnianiu Priorytetu D**

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

Oświadczam, że:

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

spełnia wymogi priorytetu D będąc branżą o największym znaczeniu dla lokalnego rynku pracy.

Warunkiem dostępu do niniejszego priorytetu jest posiadanie jako **przeważającego** (według stanu na 1 stycznia 2024 roku) odpowiedniego kodu PKD

Wykaz branż	Kod PKD (przeważający)	Nazwa kształcenia ustawicznego
budownictwo (PKD – Sekcja F, Dział 41-43)		
handel (PKD – Sekcja G, Dział 45-47)		
przemysł: - produkcja wyrobów z tworzyw sztucznych (PKD – Sekcja C, Dział 22, Grupa 22.2) - produkcja, naprawa i konserwacja maszyn i urządzeń (PKD – 33.12 Z, 33.13 Z, 33.14 Z) - produkcja metali i metalowych wyrobów gotowych (PKD – sekcja C, Dział 25 z wyłączeniem PKD – 25.40 Z) - produkcja wyrobów z drewna (PKD – Sekcja C, Dział 16) - produkcja mebli (PKD – sekcja C, Dział 31, PKD – 31.01 Z, 31.02 Z, 31.09 Z)		

Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy
oraz pieczęć)

**Załącznik nr 10 do wniosku o dofinansowanie
kosztów kształcenia ustawicznego pracownika
lub pracodawcy ze środków rezerwy
Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Oświadczenie wnioskodawcy

W związku ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracownika lub pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego oświadczam, że nie zachodzą przesłanki wykluczające otrzymanie wsparcia, o których mowa w art. 51 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. EU L 229 z 31.07.2014, str. 1 z późn. zm.)³.

Jednocześnie oświadczam, że nie mam powiązań z osobami lub podmiotami, o których mowa w art. 51 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. względem których stosowane są środki sankcyjne.

.....
podpis pracodawcy

Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP

Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA oraz nie posiada z nimi powiązań.

.....
*data i podpis pracownika weryfikującego
oświadczenie*

³ Art. 51 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014: Zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 136, na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną.