Załącznik nr 2

 do Zarządzenia Nr …/2023

 z dnia …………………. r.

****

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

(Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**STAROSTA GRODZISKI**

 **za pośrednictwem**

 **POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

 **W GRODZISKU MAZOWIECKIM**

#####  **ul. T. Kościuszki 30**

**05-825 Grodzisk Mazowiecki**

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

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r., poz. 735 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 117)

A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

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

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

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

1. Adres siedziby pracodawcy....................................................................................................

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

1. Miejsce prowadzenia działalności .........................................................................................

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

1. Telefon .................................................... fax.........................................................................

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

1. NIP......................................REGON ..............................KRS/CEIDG..................................
2. Forma prawna prowadzonej działalności ...............................................................................
3. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ................................................................................................................
4. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2024 r. poz. 236)[[1]](#footnote-1) \*: □mikro □małe □średnie □inne
5. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.) na dzień złożenia wniosku ...............................
6. Numer konta bankowego Pracodawcy:

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

1. Osoba/osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie
z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

 ................................................................. - ........................................................................

 /imię i nazwisko/ /stanowisko służbowe/

1. W 2024 r. o środki z KFS :
	* ubiegałem/am się
	* ubiegam się
	* będę ubiegać się

w innym urzędzie pracy.

1. Otrzymałem / nie otrzymałem dofinansowanie z KFS w 2024 r.
2. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

................................................................ - ........................................................................

 /imię i nazwisko/ /stanowisko służbowe/

 ................................................................. , ........................................................................

 /telefon/faks/ /e-mail/

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

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane
z kształceniem ustawicznym: .................................................................................................... zł

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

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

w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS[[2]](#footnote-2): …..........................................................................................zł

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

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

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

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

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

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać takich kosztów jak: wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania.

C. ŚRODKI KFS BĘDĄ PRZEZNACZONE NA FINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRCOWNIKÓW I PRACODAWCY Z UWZGLĘDNIENIEM PONIŻSZYCH PRIORYTETÓW NA ROK 2024:

Priorytety wydatkowania środków KFS ustalone przez Ministra właściwego do spraw pracy na rok 2024

(właściwe zaznaczyć ) :

* 1. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy;
* 2. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych (Barometr zawodów 2024 powiat grodziski, Barometr zawodów 2024 województwo mazowieckie);
* 3. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych;
* 4. wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych;
* 5. wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej;
* 6. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;
* 7. wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców;
* 8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

**D. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj badań lekarskich i/lubpsychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | Liczba osób | Termin realizacji (od...do...) | Koszt dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Liczba osób | Termin przeprowadzenia egzaminu(od...do...) | Koszt egzaminu dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia | Liczba osób | Data ubezpieczenia(od...do...) | Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

**Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia. W przypadku działań niezaplanowanych z ww. tabelę należy usunąć.**

**E. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Pracodawca/y** | **Liczba pracowników** |
| **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |
| w tym: |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 - 24 lata |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe  |  |  |  |
| Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |

**F. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/ PRACOWNIKA:**

1. Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego
i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań.

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

1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rozwojowymi pracownika i pracodawcy oraz obejmowanym stanowiskiem i pełnionymi obowiązkami służbowymi oraz zgodność z potrzebami rynku pracy

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

1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2024 rok priorytetami wydatkowania środków KFS

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

**G. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | nazwa kształcenia ustawicznego/terminy realizacji wsparcia |  |
|  | liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
|  | cena usługi kształcenia ustawicznego/koszt przypadający na jednego uczestnika |  |
|  | liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem |  |
|  | posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu) |  |
|  | Numer Regon oraz numer KRS bądź CEIDG realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (minimum 1 oferta o ile to możliwe): |  |
| Uzasadnienie wyboru danego realizatora |

**\* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą realizatorów.**

**H. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:**

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

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

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

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

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

………………………………… …………………………………………

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

 do reprezentowania pracodawcy)

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI ZE ŚRODKÓW**

**KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownikaData urodzeniaStanowisko | Priorytet Nr | Nazwa szkolenia, studiów podyplomowych, egzaminu, badania lekarskiego | Jednostkowy koszt wsparcia tym: |
| Ogółem w zł | Wnioskowanawysokość środkówz KFS w zł | Wysokość wkładuwłasnego pracodawcy w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

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

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

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie wnioskodawcy – **załącznik nr 1.**
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis – **załącznik nr 2**.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – **załącznik nr 3** stanowi:
* załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. z 2014 r. poz. 1543)
w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo

lub

* załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis
w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz.U. 2010 nr 121, poz. 810) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa.
1. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu – **załącznik nr 4**.
2. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących – **załącznik nr 5**.
3. Kopia certyfikatu jakości wybranego realizatora usług – **załącznik nr 6**.
4. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – **załącznik nr 7**.
5. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu – **załącznik nr 8**.

**I. WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W GRODZISKU MAZOWIECKIM**

**Wniosek rozpatrzono:**

**POZYTYWNIE/NEGATYWNIE\***

 …..…..………………………………….

 (data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

\*niepotrzebne skreślić

1. \*właściwe zaznaczyć

*1Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.*

*Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.*

2Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą sfinansować ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)