

**POWIATOWY URZĄD PRACY   
W BIELSKU-BIAŁEJ**

**CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ**

**ul. Partyzantów 55**

**43-300 Bielsko-Biała**

**tel. 33 496 51 72, fax 33 496 51 51**

**Urząd Pracy**

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

na podstawie art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

**1. Pełna nazwa pracodawcy** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**2. Adres siedziby**

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

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

**3. Miejsce prowadzenia działalności**

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

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

**4. NIP: REGON: PESEL (jeśli dotyczy):**

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

**5. Forma organizacyjno-prawna PKD (przeważające)**

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

**6. Nazwa banku i numer rachunku bankowego**

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

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**7. Numer telefonu: Adres e-mail:**

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

**8. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania i podpisania umowy:**

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

􀀀 Dołączam pełnomocnictwo – załącznik nr ………….. (jeśli dotyczy)

**9. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem:**

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

nr tel. …...................………………………………………… adres e-mail: …......................................……………………………………

**10. Liczba zatrudnionych pracowników zgodnie z kodeksem pracy na dzień złożenia wniosku**:........................, **w tym w przeliczeniu na pełen etat:**…...............................................

**11. Wielkość przedsiębiorstwa (zgodnie z definicjami zawartymi w Regulaminie przyznawania pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym urzędzie Pracy w Bielsku-Białej w 2021 r.:\***

􀀀 MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO 􀀀 MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO

􀀀 ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO 􀀀 DUŻE PRZEDSIĘBIORSTWO

**12. Czy pracodawca w bieżącym roku złożył lub planuje złożyć wniosek o środki KFS na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym powiatowym urzędzie pracy?\***

􀀀 TAK, w PUP w ………………………………………………. 􀀀 NIE

**13. Proszę zaznaczyć w ramach którego priorytetu Pracodawca wnioskuje o środki KFS\* oraz wskazać liczbę uczestników w ramach danego priorytetu\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Priorytet I -** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenieniu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność | **􀀀 …...** |
| **Priorytet II -** Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby | **􀀀 ……** |
| **Priorytet III -** Wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych | **􀀀 ……** |
| **Priorytet IV -** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia | **􀀀** .…… |
| **Priorytet V -** Wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem | **􀀀 ……** |
| **Priorytet VI -** Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych | **􀀀 ……** |
| **Priorytet VII -** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości | **􀀀……** |
| **Priorytet VIII -** Wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego | **􀀀** …… |

**\*zaznacz właściwe znakiem X**

**II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKÓW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje o planowanych formach kształcenia ustawicznego oraz liczbie uczestników:** | | | | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem,**  **w tym:** | | | |
| **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** | | **Ogółem** |
| **ogółem** | **w tym kobiet** |
| **Objęci wsparciem** | | **1** | **2** | **3** | **4 (1+2)** |
| **Według rodzajów wsparcia** | **Kursy** |  |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** |  |  |  |  |
| **Egzaminy** |  |  |  |  |
| **Badania lekarskie i/lub psychologiczne** |  |  |  |  |
| **Ubezpieczenie od NNW związanych**  **z podjęciem kształcenia** |  |  |  |  |
| **Określenie potrzeb pracodawcy** |  |  |  |  |
| **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** |  |  |  |  |
| **Według wykonywanych zawodów (nazwa wielkiej 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** |  |  |  |  |

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZAJU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**1. Forma kształcenia ustawicznego\*:**

**􀀀** KURS 􀀀 STUDIA PODYPLOMOWE 􀀀 EGZAMIN

**2. Tabela wydatków kształcenia ustawicznego:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa kształcenia** |  | | | | | |
| **Termin kształcenia** | **\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ - \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_** | | | **Liczba godzin** | |  |
| **Forma kształcenia\*** | 􀀀 stacjonarna 􀀀 zdalna/on-line | | | | | |
| **Stanowiska pracy wraz z podaniem ilości uczestników** | **Ilość uczestników kształcenia RAZEM** | **Koszt kształcenia dla jednej osoby w zł** | **Koszt kształcenia RAZEM w zł** | **Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego  w zł** | |
| 1. ………………. - ….. os. |  |  |  |  |  | |
| 2. ………………. - ….. os. |
| 3. ………………. - ….. os. |

**IV. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WSKAZANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRZY UWZGLĘDNIENIU AKTUALNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY** (niniejszą część wniosku należy powielić w zależności od ilości wskazanych stanowisk w tabeli w części III punkt 2)

**1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy -** W obszarze jakiego zawodu (zgodnie z Barometrem zawodów 2021) znajduje się wnioskowane kształcenie?

Nazwa zawodu ……………………………………………………………………………………………. Kod zawodu …………………………………

Deficyt 􀀀 Równowaga 􀀀 Nadwyżka 􀀀

**\*zaznacz jedną właściwą formę znakiem X**

**1a. W jaki sposób nabyte kompetencje / kwalifikacje wpisują się w potrzeby lokalnego lub regionalnego pracy?** (Należy bazować na opracowaniach: „Barometr zawodów 2021” dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego oraz województwa śląskiego)

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

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

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

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

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

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

**2. Uzasadnienie odbycia kształcenia\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko pracy uczestnika** |  | **Nr priorytetu** |  |
| **Zakres zadań zawodowych wykonywanych na tym stanowisku:** |  | | |
| **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wskazujące na konieczność objęcia danym kształceniem, z uwzględnieniem braków w kompetencjach pracodawcy /pracowników?**  **(**Należy wykazać powiązanie pomiędzy planowanym kształceniem a wykonywaniem pracy w zawodzie przez pracownika/ pracodawcę, wskazać z czego wynika konieczność podniesienia lub uzupełnienia kwalifikacji/przekwalifikowania, a także odnieść się do wskazanego priorytetu.) | | | |
|  | | | |
| **Jakie kompetencje / kwalifikacje nabędą uczestnicy kształcenia?** | | | |
|  | | | |
| **W jaki sposób wsparcie przyczyni się do utrzymania zatrudnienia?** (W przypadku kształcenia pracodawcy należy opisać jakie są dalsze plany i strategie rozwoju firmy mające związek z wnioskowanym kształceniem. W przypadku kształcenia pracownika należy wskazać jakie są plany utrzymania zatrudnienia osób na opisywanym stanowisku i sprecyzować na czym będą polegały – wskazać również konkretne okresy dalszego zatrudnienia wraz z podaniem wymiaru czasu pracy.) | | | |
|  | | | |
| \* element ten jest punktowany przez Komisję i może mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku. Niejasne lub niezrozumiałe uzasadnienie może być podstawą do obniżenia punktacji w tym obszarze. | | | |

**V. INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**1. Informacje dotyczące przeprowadzonego rozeznania oferty dostępnej na rynku.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Wybrany realizator** | **Realizator do porównania\*** | **Realizator do porównania\*** |
| **Nazwa i siedziba realizatora** | |  |  |  |
| **NIP/REGON** | |  |  |  |
| **Liczba godzin kształcenia** | |  |  |  |
| **Koszt kształcenia na jednego uczestnika** | **netto** |  |  |  |
| **brutto** |  |  |  |
| **Koszt osobogodziny** | |  |  |  |
| **Posiadane Certyfikaty Jakości** (np. Certyfikat ISO, akredytacja np. Kuratora Oświaty, Centrów Egzaminacyjnych ECDL, Znak Jakości MSUES, Certyfikat VCC Akademia Edukacyjna) | |  |  |  |
| **Wskazanie dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego** (wskazanie PKD lub, jeśli nie dotyczy, należy dołączyć dokument – statut, inny akt prawny, regulamin-wraz ze stosownym wyjaśnieniem) | |  |  |  |

**\*** Dla potwierdzenia oferty realizatora do porównania można dołączyć kontroferty zawierające informacje o cenie, ilości godzin, formie kształcenia i tematyce kształcenia ustawicznego z podziałem na zajęcia praktyczne i teoretyczne – element ten podlega punktacji przy ocenie merytorycznej wniosku przez Komisję.

**2. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** (pracodawca musi wykazać najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów – jakości usług, doświadczenia, miejsce szkolenia, forma kształcenia, dodatkowe dogodności, w tym możliwość konsultacji trenerskich po odbyciu kształcenia. Opisać w jaki sposób wybrany realizator wyróżnia się na tle pozostałych instytucji w odniesieniu do wnioskowanego kształcenia. Opis instytucji będący kopią informacji z jej strony internetowej nie będzie uwzględniany).\*\*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\*\*element ten jest punktowany przez Komisję i może mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku. Niejasne lub niezrozumiałe uzasadnienie może być podstawą do obniżenia punktacji w tym obszarze.

**VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE POZOSTAŁYCH FORM FINANSOWANIA W RAMACH KFS – *wypełnij jeśli dotyczy***

**1. Inna forma wsparcia w ramach środków KFS:\***

􀀀 BADANIA LEKARSKIE I / LUB PSYCHOLOGICZNE 􀀀 UBEZPIECZENIE NNW

􀀀 OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O SFINANSOWANIE TEGO KSZTAŁCENIA Z KFS

\* Zaznacz właściwe znakiem X

**1a. Badania lekarskie i/ lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia ustawicznego lub pracy zawodowej po jego ukończeniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych** | **Termin badań** | **Nazwa i adres realizatora** | **Liczba osób** | **Koszt badań dla 1 osoby** | **Koszt badań RAZEM  w zł** | **Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego w zł** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |

**1b. Ubezpieczenie NNW w związku z podjęciem kształceniem ustawicznym:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Termin ubezpieczenia** | **Nazwa i adres ubezpieczyciela** | **Liczba osób ogółem** | **Koszt NNW dla 1 osoby** | **Koszt ubezpieczenia RAZEM w zł** | **Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**1c. Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Termin realizacji badania potrzeb wraz z jego opisem** | **Nazwa i adres realizatora badania** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego w zł.** |
|  |  |  |  |  |

**VII. WARTOŚĆ WNIOSKOWANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Całkowita wartość wnioskowanych działań | | zł |
| w tym | kwota wnioskowana z KFS | zł |
| kwota wkładu własnego | zł |
|  |  |  |

**VII. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ\*:**

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną istnienia Wnioskodawcy (z wyłączeniem wydruku wpisu do CEIDG oraz KRS), w tym m.in: kserokopie umowy spółek wraz z ich aneksami, statuty, regulaminy, uchwały, wyciąg z rejestrów innych niż CEiDG / KRS lub inne dokumenty oznaczające formę prawną podmiotu. 2. Pełnomocnictwo do reprezentacji pracodawcy i składania w jego imieniu oświadczeń woli (w tym podpisania umowy i zaciągania zobowiązań). Dokument w formie oryginału lub kopii potwierdzonej notarialnie bądź potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę udzielającą pełnomocnictwa. 3. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi ze środków KFS – załącznik nr 1. 4. Oświadczenie pracodawcy – załącznik nr 2. Oświadczenia tego nie dostarczają ci wnioskodawcy, którzy wnioskują o środki wyłącznie w ramach priorytetu III. 5. Oświadczenie pracodawcy – załącznik nr 3. Oświadczenia tego nie dostarczają ci wnioskodawcy, którzy wnioskują o środki wyłącznie w ramach priorytetu III. 6. Oświadczenie pracodawcy – załącznik nr 4. 7. Oświadczenia pracodawcy - załącznik nr 5. 8. Programy poszczególnych szkoleń, programy studiów podyplomowych (załącznik nr 6) bądź zakresy egzaminów (załącznik nr 7). Ww. dokumenty powinny być złożone zgodnie ze wzorami stanowiącymi załączniki nr 6 i 7 do Wniosku z KFS, bądź programami własnymi Realizatora pod warunkiem uwzględnienia wszystkich elementów z ww. załączników. Programy muszą być opieczętowane i podpisane przez realizatora pod rygorem ich nieuwzględnienia. 9. Wzory dokumentów potwierdzających kompetencje / kwalifikacje nabyte przez uczestników, wystawianych przez realizatorów usług kształcenia ustawicznego, zawierających: imię i nazwisko uczestnika szkolenia, PESEL bądź datę urodzenia, nazwę kształcenia ustawicznego, okres trwania szkolenia, zakres tematyczny kształcenia ustawicznego i wymiar godzin, pieczęć i nazwę realizatora kształcenia, datę wydania. Jeśli dokument potwierdzający nabycie przez uczestnika kompetencji lub kwalifikacji wynika z przepisów odrębnych należy je wskazać. Ww. dokumenty muszą być opieczętowane i podpisane przez realizatora pod rygorem ich nieuwzględnienia. 10. Kopie certyfikatów jakości usług posiadane przez realizatora kształcenia ustawicznego. 11. Dokument, na podstawie którego realizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych. 12. W przypadku gdy otrzymano pomoc de minimis, w tym także pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie- wszystkie zaświadczenia potwierdzające otrzymanie tej pomocy w roku, w którym Pracodawca ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie – załącznik nr 8. 13. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.) – dla Wnioskodawców prowadzących działalność poza sektorem rolnictwa i rybołówstwa-załącznik nr 10 14. Formularz informacji przedstawianych w oparciu o Rozporządzenie 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. z 2010 r. Nr 121 poz. 810) – jeśli dotyczy. 15. Ogólna klauzula informacyjna – załącznik nr 9.

**\*Kopie ww. dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub osobę do tego umocowaną.**

**Wszelkie skreślenia i naniesione poprawki we wniosku muszą być czytelne i zaparafowane przez pracodawcę.**

**Oświadczam, że: - zapoznałem się z Regulaminem przyznawania pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bielsku-Białej w 2021 r. oraz wymienionymi w nim aktami prawnymi. Informacje zawarte w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

|  |
| --- |
|  |
| **Data, pieczątka i podpis pracodawcy lub pełnomocnika** |

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) **Załącznik nr 1**

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Należy określić kogo dotyczy:**  **Pracownik / Pracodawca** | **Stanowisko pracy** | **Poziom wykształcenia\*** | **1.Forma zatrudnienia**  **2. Okres zatrudnienia**  **od …. do….**  **3. Wymiar czasu pracy** | **Grupa wiekowa \*\*** | **Nazwa kształcenia ustawicznego** | **Koszt kształcenia ustawicznego dla danego uczestnika** | **PRIORYTET wpisać właściwy** | **Korzystał / Nie korzystał ze środków KFS w 2020 r. w kwocie** |
|
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, iż:

* wykazani pracownicy objęci niniejszym wnioskiem, dla których przeznaczone zostaną środki na kształcenie ustawiczne są zatrudnieni zgodnie z Kodeksem Pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę,
* ww. osoby nie przebywają na urlopie macierzyńskim, ojcowskim lub wychowawczym.

***Uwaga! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przed podpisaniem umowy niezbędne będzie dostarczenie ww. wykazu osób objętych kształceniem ustawicznym zawierającym imię i nazwisko osoby, a także na wezwanie Urzędu udokumentowania prawdziwości danych zawartych w powyżej tabeli oraz złożenia oświadczeń.***

………………..……....……………………………………

/podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy

\* podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne, wyższe

\*\* 15 - 24 lata; 25 – 34 lata; 35 - 44 lata; 45 lat i więcej (na dzień złożenia wniosku)

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**1. Wypełnia pracodawca ubiegający się o finansowanie w ramach priorytetu I**

Oświadczam, że na firmę ………………………………………………….. zostały nałożone ograniczenia, zakazy i nakazy w zakresie prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej ustanowione w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i 46b pkt 1-6 i 8-12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Podstawa prawna ograniczenia, nakazu, zakazu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

W związku z powyższym, oświadczam, że istnieje konieczność nabycia nowych kwalifikacji/umiejętności w związku z rozszerzeniem/przekwalifikowaniem\* obszaru działalności mojej firmy w kierunku ………………………………….., który jest bezpośrednio związany z tematyką kształcenia ustawicznego, o które wnioskuję.

\*W przypadku wątpliwości Urząd może mnie wezwać do przedłożenia ulotki, ogłoszenia lub innej wiarygodnej informacji (w tym fakt dodania kodu PKD - jeśli dotyczy), która potwierdza ww. okoliczności, tj. wprowadzenie nowych usług do oferty mojej firmy.

…..………………………………………………………… data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**2. Wypełnia pracodawca ubiegający się o finansowanie w ramach priorytetu II**

Oświadczam, że wskazane osoby do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu II należą do grupy pracowników służb medycznych i socjalnych oraz pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby, a kształcenie ustawiczne wskazane w niniejszym wniosku jest niezbędne do realizacji działań w obszarze ww. zadań.

**…………………………………………………………………………………** data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**1. Wypełnia pracodawca ubiegający się o finansowanie w ramach priorytetu IV.**

Oświadczam, że wskazane osoby do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu IV spełniają warunek tego priorytetu i należą do grupy osób będących po 45 roku życia.

**…………………………………………………………………………………** data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**2. Wypełnia pracodawca ubiegający się o finansowanie w ramach priorytetu V.**

Oświadczam, że wskazane osoby do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu V spełniają warunek tego priorytetu i należą do grupy osób, które w ciągu jednego roku przed datą złożenia niniejszego wniosku podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

**…………………………………………………………………………………** data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**3. Wypełnia pracodawca ubiegający się o finansowanie w ramach priorytetu VII.**

Oświadczam, że wskazane osoby do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu VII spełniają warunek tego priorytetu i należą do grupy osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości lub świadectwa ukończenia szkoły podstawowej.

**…………………………………………………………………………………** data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**4. Wypełnia pracodawca ubiegający się o finansowanie w ramach priorytetu VIII.**

Oświadczam, że wskazane osoby do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu VIII spełniają warunek tego priorytetu i należą do grupy osób, które są instruktorami praktycznej nauki zawodu bądź osobami mającymi zamiar podjęcia się tego zajęcia, a także opiekunami praktyk zawodowych i opiekunami stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.

**…………………………………………………………………………………** data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**Załącznik nr 4**

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

**Posiadając pełną zdolność do czynności prawnych, zgodnie ze stanem faktycznym i w pełni świadomy w imieniu własnym / podmiotu, który reprezentuję\*** **oświadczam, że**:

* **Zatrudniam / nie zatrudniam\*** pracowników na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub innego stosunku pracy uregulowanego w Kodeksie Pracy, a w przypadku nauczycieli - Karty Nauczyciela
* Zakład pracy **jest** / **nie** **jest**\* w stanie likwidacji lub upadłości.
* **Ubiegam się** / **nie** **ubiegam się**\* o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
* Środki przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem **przekroczą** / **nie** **przekroczą**\* 300 procent przeciętnego wynagrodzenia na osobę.
* **Jestem / nie jestem\*** mikroprzedsiębiorcąw rozumieniu art. 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.
* **Prowadzę / nie prowadzę\*** działalności gospodarczej w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
* Na dzień złożenia niniejszego wniosku **zalegam** / **nie zalegam\*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
* **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.\*\*

UWAGA!!! Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym.

* **Jestem / nie jestem**\*beneficjentem podlegającym przepisom o pomocy publicznej w ramach wnioskowanych środków.
* **Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 s. 1).
* **Spełniam / Nie spełniam\*** warunki określone w **Rozporządzeniu 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 s. 9).
* **Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, s. 45).
* **Jestem / nie jestem\*** pracodawcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.

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

data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku otrzymania pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie należy do wniosku dołączyć wszystkie zaświadczenia lub oświadczenia o wysokości uzyskanej pomocy

**Załącznik nr 5**

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

**W imieniu własnym / podmiotu, który reprezentuję** **oświadczam, że:**

1. **Zapoznałem** się z przepisami ustawy o promocji zatrudnienia (…) w zakresie KFS oraz rozporządzeniem MPiPS z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (w tym o konieczności zawarcia umowy pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, któremu zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, określającej prawa i obowiązki stron).
2. **Mam** **świadomość**, iż Urząd finansuje koszty kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z wyłączeniem kosztów wyżywienia, zakwaterowania i dojazdów.
3. Zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez jednostkę zewnętrzną, z którą nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo.
4. **Jestem świadomy**, że dane osobowe dotyczące mojej osoby / dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U z 2018 r. 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.
5. W sytuacji otrzymania pomocy publicznej lub pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy z PUP **zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Urzędu o fakcie uzyskania takiej pomocy,
6. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Bielsku-Białej   
   (w szczególności w okresie od złożenia wniosku do podpisania umowy) o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w dniu złożenia przedmiotowego wniosku.
7. **Mam świadomość**, że wnioski nie są rozpatrywane w trybie decyzji administracyjnej, w związku z czym nie podlegają procedurze odwoławczej.

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

data/ pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



**Załącznik nr 6**

( pieczęć realizatora)

**PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**szkolenie /studia podyplomowe**

1. Nazwa i adres realizatora kształcenia ustawicznego: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........……
2. Nazwa kształcenia ustawicznego: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........………
3. Miejsce odbywania kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………….....………………..
4. Forma kształcenia ustawicznego\*:
5. **􀀀** Indywidualna **􀀀**  Grupowa
6. 􀀀 Stacjonarna 􀀀 Zdalna/On-line

Liczba godzin kształcenia ustawicznego: …………

1. Cel kształcenia ustawicznego
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………......
4. ……………………………………………………………………………………………………………………….................................
5. ............................................................................................................................................................
6. Posiadane certyfikaty jakości kształcenia, jeżeli Realizator je posiada:
7. ………………………………………………………………………………………………........................................................
8. ………………………………………………………………………………………....................................................……..…...
9. ……………………………………………………………………………………..............................................................…….\* Zaznacz właściwe

8. Plan nauczania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Temat zajęć edukacyjnych* | *Opis treści – kluczowe punkty szkolenia  w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych* | *Wymiar zajęć edukacyjnych*  *(w godzinach zegarowych)* | |
| *teoretyczne* | *praktyczne* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

/podpis i pieczątka realizatora kształcenia ustawicznego/

**Uwaga: załącznik niepodpisany i nieopieczętowany przez realizatora kształcenia nie zostanie uwzględniony.**

**Załącznik nr 7**



( pieczęć realizatora)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA EGZAMINU**

1. Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej egzamin: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Nazwa egzaminu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Miejsce przeprowadzenia egzaminu:

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

1. Cele kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **ZAKRES EGZAMINU** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

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

/podpis i pieczątka realizatora kształcenia ustawicznego/

**Uwaga: załącznik niepodpisany i nieopieczętowany przez realizatora kształcenia nie zostanie uwzględniony.**

**Załącznik nr 8**



………………………………

(miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................................................................................

(nazwa wnioskodawcy i adres)

w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat\*:

* nie otrzymałem (-am) niżej wymienionej pomocy.
* otrzymałem (-am):
* pomoc de minimis o wartości ……………………………….. euro,
* pomoc de minimis w rybołówstwie o wartości ……………………………….. euro,
* pomoc de minimis w rolnictwie o wartości ……………………………….. euro.

…………………………………………………

/podpis i pieczątka pracodawcy lub pełnomocnika/

\* Zaznacz właściwe X

**Załącznik nr 9**

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**Ogólna klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 − informujemy, że:

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem danych, w tym danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Bielsku-Białej mający siedzibę przy ul. Partyzantów 55, 43-300 Bielsko-Biała, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Bielsku-Białej zwanego dalej administratorem.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych Roberta Hylę, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem: iod@pup-bielsko.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Określono cele przetwarzania Państwa danych. Jako administrator będziemy przetwarzać Państwa dane:

1. w celu sfinansowania dla Państwa kosztów kształcenia – na podstawie umowy podpisanej z Państwem (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
2. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
3. **Prawo do sprzeciwu**
4. W każdej chwili przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych opisanych powyżej. Przestaniemy przetwarzać Państwa dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Państwa danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Państwa interesów, praw i wolności lub Państwa dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. **Okres przechowywania danych**
6. Państwa dane osobowe wynikające z zawarcia umowy będą przetwarzane przez okres 10 lat.
7. **Odbiorcy danych**

Państwa dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom realizującym szkolenie, podmiotom uprawnionym do kontroli oraz organom państwa w zakresie realizowanych przez nie postępowań.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do przenoszenia danych;
6. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
7. **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych stanowi warunek zawarcia umowy.

1. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

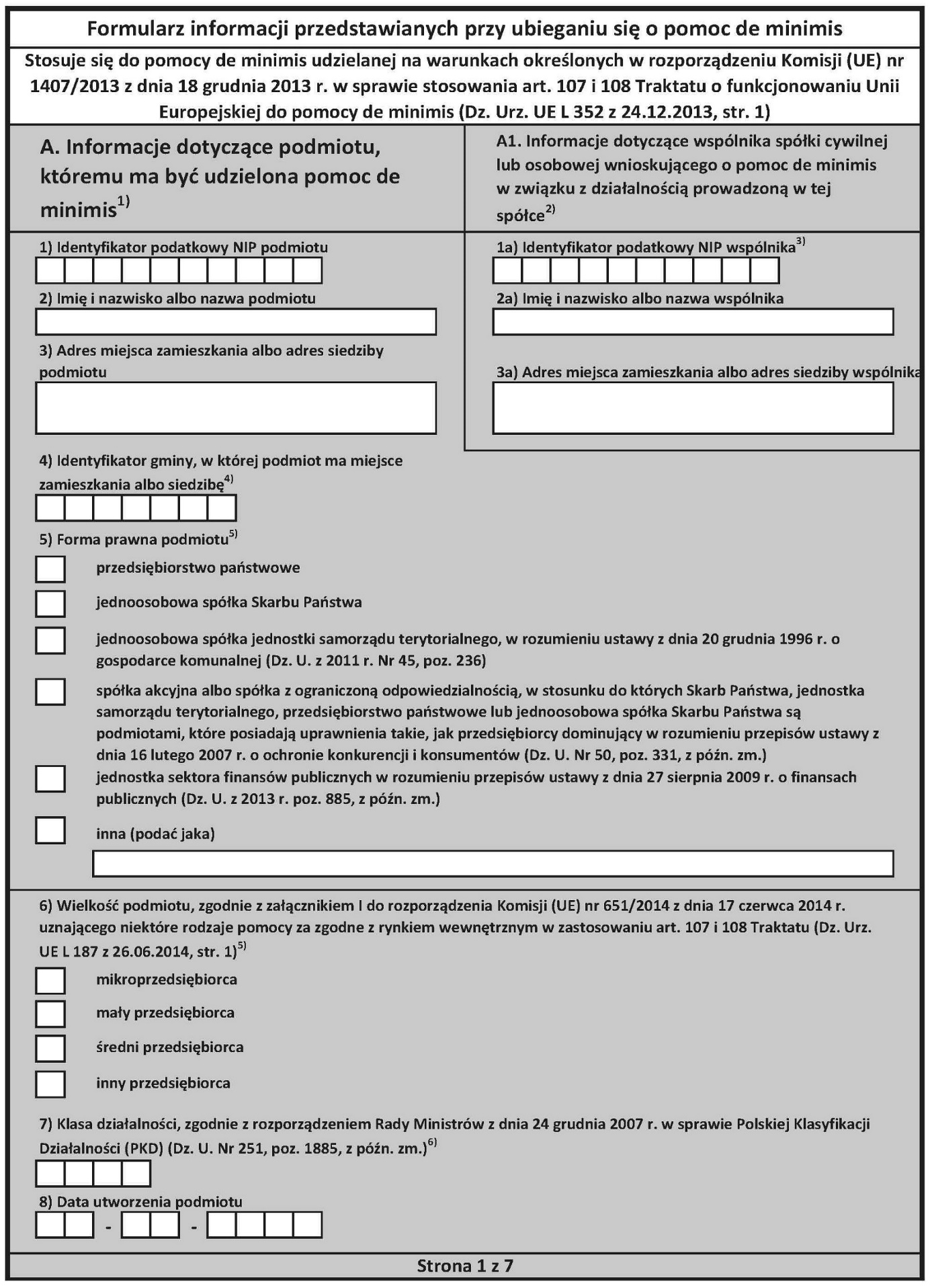
W procesie wykonywania umowy nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym profilowania.

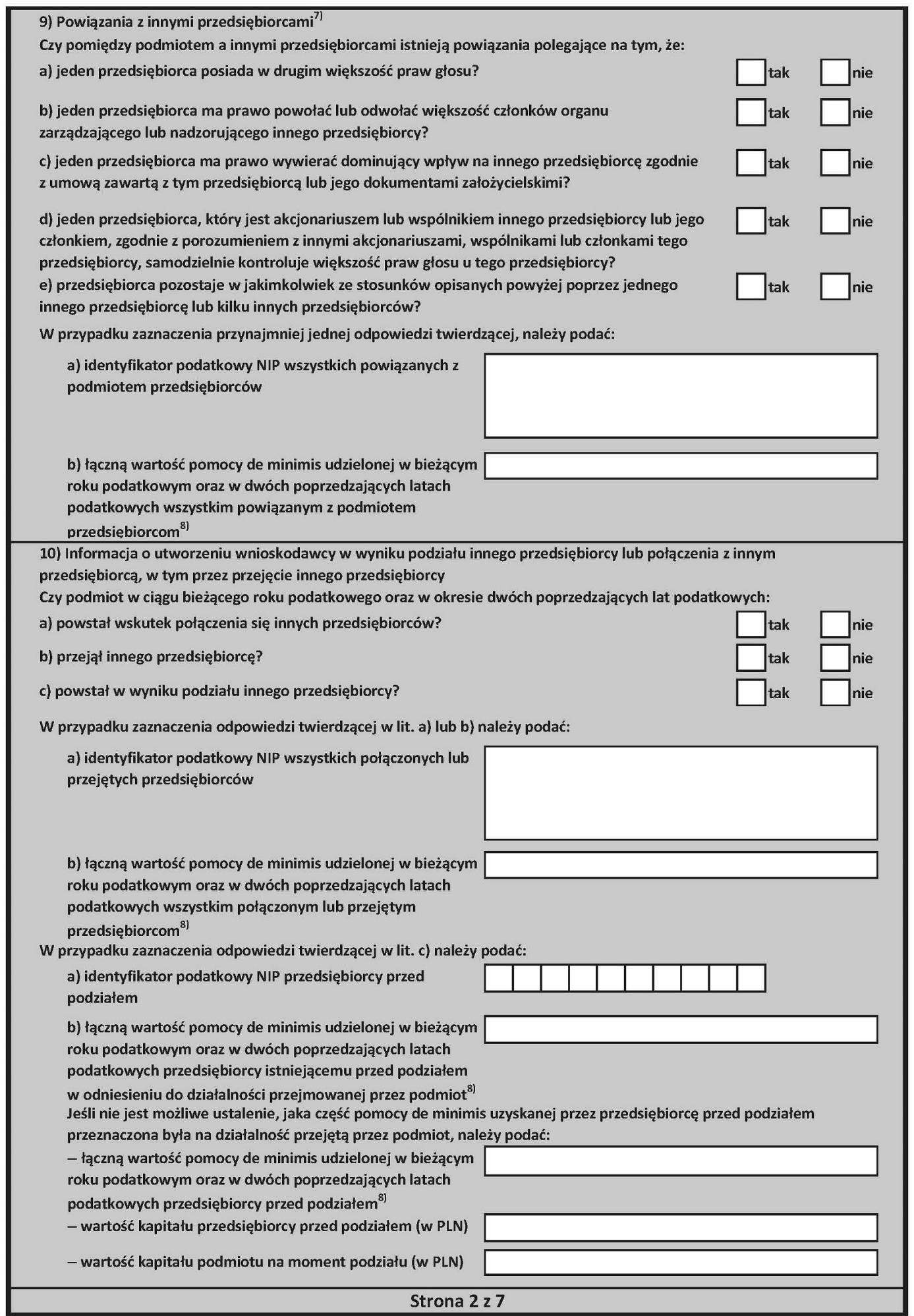
Zapoznałem się z treścią klauzuli

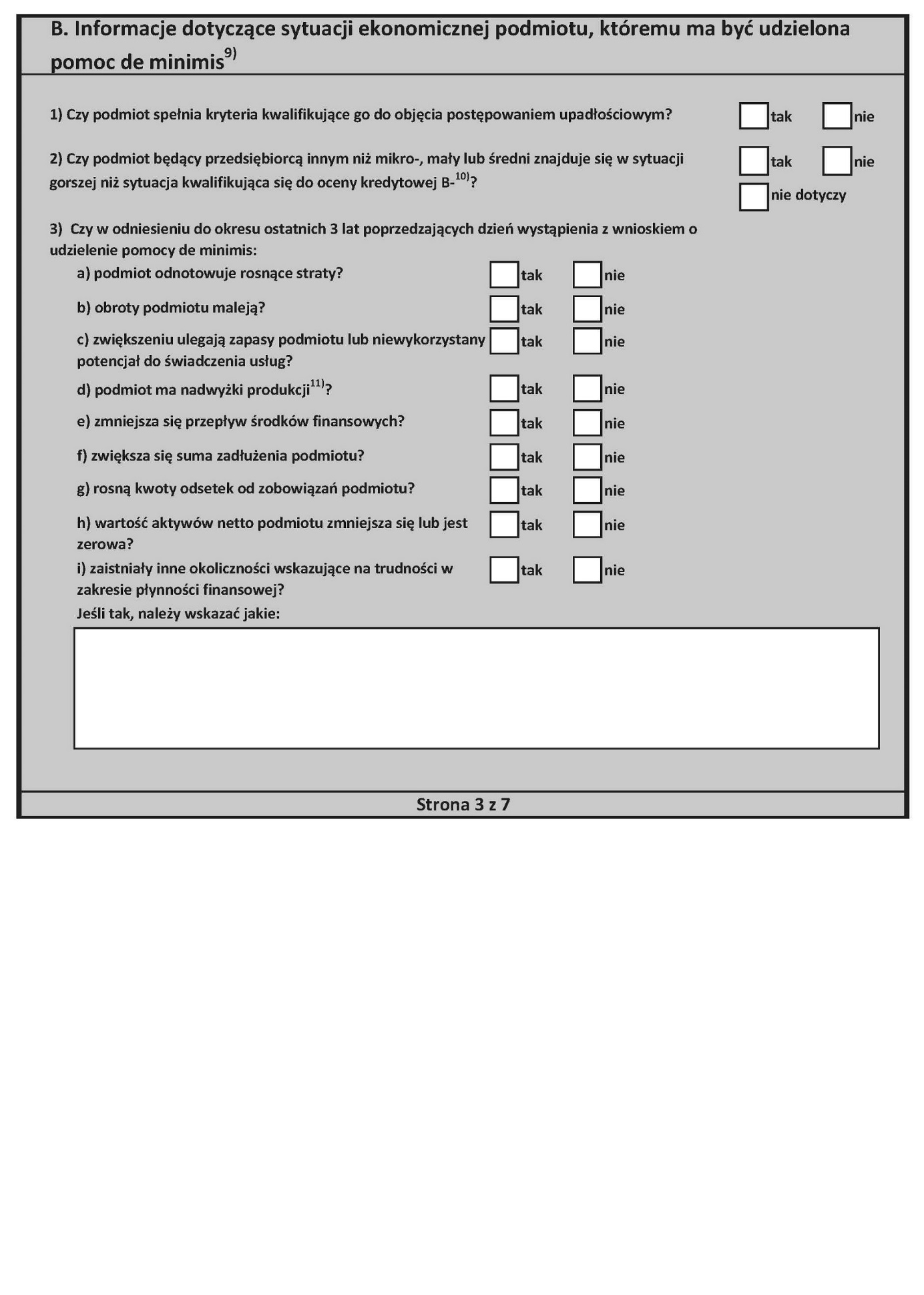
……………………………………………………………

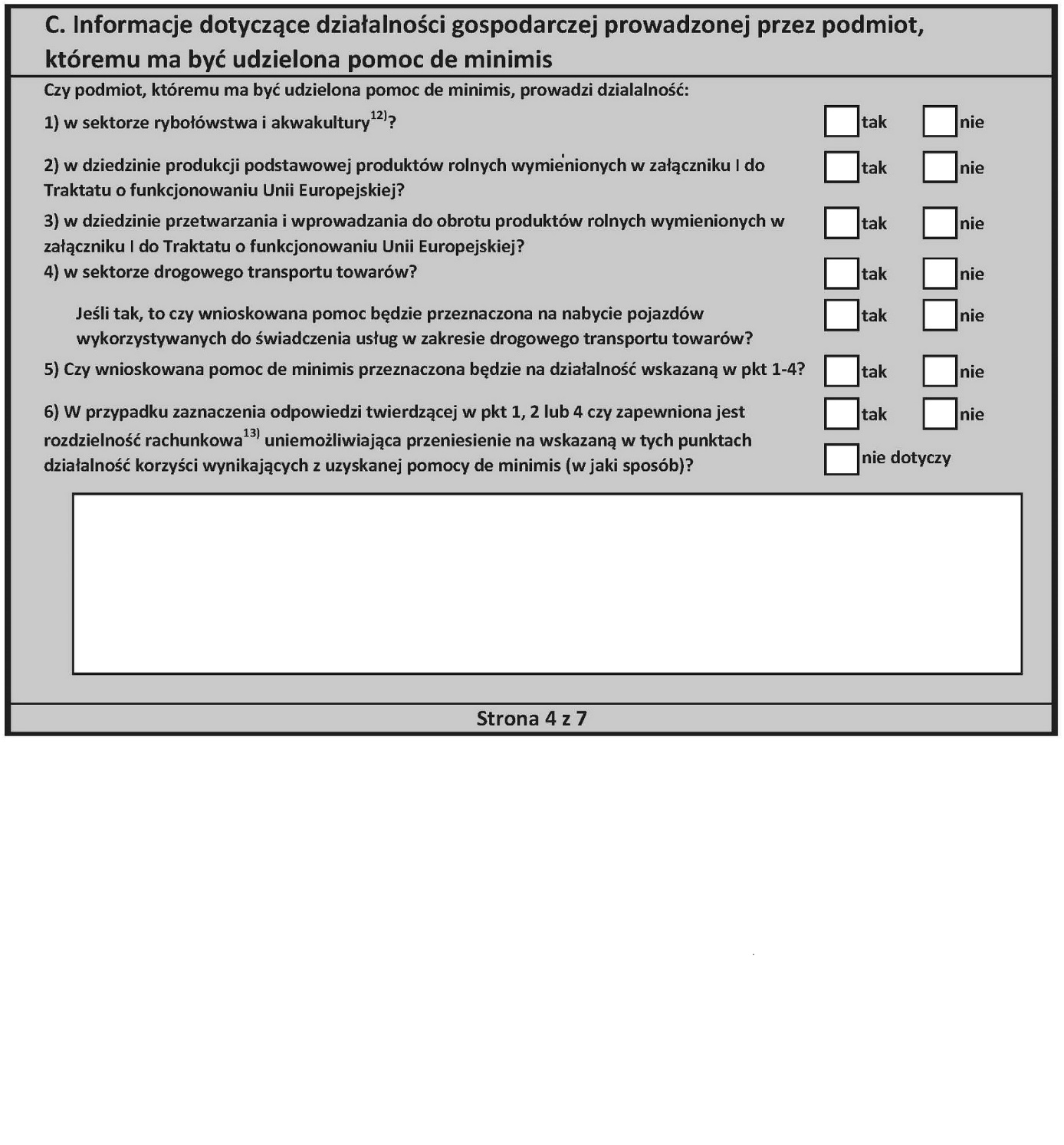
podpis i pieczątka pracodawcy lub pełnomocnika

**Załącznik nr 10**







****

