



.....  
pieczęć firmowa wnioskodawcy

.....  
(miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Rawie Mazowieckiej**

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRYZNANIE ŚRODKÓW  
Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO  
NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW  
I PRACODAWCY**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r., poz. 1482 ze zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018r., poz. 117);
3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1);

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Pełna nazwa pracodawcy

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

2. Adres siedziby pracodawcy .....

.....

telefon: ..... fax: .....

e – mail: .....

3. Miejsce prowadzenia działalności .....

.....

4. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej  
REGON.....

5. Numer identyfikacji podatkowej NIP .....

6. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych) .....

7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze) .....

.....

8. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności.....

..... PKD .....



9. Forma prawna działalności wnioskodawcy .....  
.....  
(np. spółdzielnia, Spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)
10. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do zawarcia umowy w imieniu wnioskodawcy . ....
11. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby upoważnionej przez wnioskodawcę do kontaktów z Urzędem w sprawie wniosku.....  
..... tel.....
12. Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego pracodawcy .....  
.....
13. Liczba zatrudnianych pracowników (personelu) na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny etat .....
14. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć):
- ☐ **mikro** – przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR,
  - ☐ **małe** – przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR,
  - ☐ **średnie** – przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.
  - ☐ **inne**
  - ☐ **nie dotyczy** (wypełnia podmiot nieprowadzący działalności gospodarczej)

## II. DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI I HARMONOGRAMU WSPARCIA

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego ..... w tym:
- kwota wnioskowana z KFS: .....  
(słownie: .....zł);
  - kwota wkładu własnego: .....  
(słownie: .....zł).

## 2. Informacja zbiorcza o uczestnikach kształcenia ustawicznego:

| Lp. | Działania                                                                                                                | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem |               | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowa wysokość z KFS w zł | Całkowita wysokość wydatków w zł | Koszt kształcenia ustawicznego na 1 uczestnika |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                          | Ogółem                                          | w tym kobiety |                                                           |                               |                                  |                                                |
| 1   | Kursy                                                                                                                    |                                                 |               |                                                           |                               |                                  |                                                |
| 2   | Studia podyplomowe                                                                                                       |                                                 |               |                                                           |                               |                                  |                                                |
| 3   | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |                                                 |               |                                                           |                               |                                  |                                                |
| 4   | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu        |                                                 |               |                                                           |                               |                                  |                                                |
| 5   | Ubezpieczenie od NNW w związku z podjętym kształceniem                                                                   |                                                 |               |                                                           |                               |                                  |                                                |
|     |                                                                                                                          |                                                 | <b>SUMA</b>   |                                                           |                               |                                  |                                                |

### **UWAGA:**

- Na podstawie art. 69b ust 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r. poz. 1482) na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, w wysokości:
  - 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;
  - 100%, kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.
- Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy:
  - uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia, przejazdu itp.
  - nie uwzględnia się innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.
- Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załącznik.
- Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.
- Wniosek może być złożony, jeżeli pracodawca posiada siedzibę lub prowadzi działalność na terenie powiatu rawskiego.

.....  
/miejscowość, data/

.....  
(podpis i pieczęć  
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy)

**Do wniosku należy dołączyć załączniki, które stanowią jego integralną część tj.:**

1. Uczestnik kształcenia ustawicznego w ramach KFS<sup>1</sup> - Załącznik nr 1
2. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 2
3. Umowa spółki (dotyczy spółek cywilnych)
4. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do CEIDG oraz KRS
5. Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia realizującego wnioskowane formy kształcenia ustawicznego wraz z programem kształcenia ustawicznego lub zakresem egzaminu (oddzielnie dla każdego kursu / studiów / egzaminu) - Załącznik nr 5
6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących (w przypadku jeżeli ww. wzór wynika z przepisów powszechnie obowiązujących należy wskazać ww. przepisy .....)
7. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis, w przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną – dodatkowo oświadczenie imienne wszystkich wspólników – Załącznik nr 3 (nie dotyczy podmiotów nieprowadzących działalności gospodarczej)
8. Wypełniony „Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis” – wzór formularza dostępny w siedzibie Urzędu lub na stronie internetowej [pup.rawamazowiecka.ibip.pl](http://pup.rawamazowiecka.ibip.pl). (nie dotyczy podmiotów nieprowadzących działalności gospodarczej)
9. Oświadczenie dot. spełnienia przez pracownika warunku dostępu do priorytetu I – Załącznik nr 6
10. Liczba osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z KFS, według grup wiekowych, poziomu wykształcenia - Załącznik nr 4
11. Rozpoznanie cenowe: 2 oferty analogicznych usług kształcenia ustawicznego, o ile są dostępne (w przypadku braku możliwości przedłożenia ofert – wyjaśnienie).
12. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym

**PRACODAWCA** – jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudnia co najmniej jednego pracownika

**PRACOWNIK** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (bez znaczenia rodzaj umowy o pracę i wymiar etatu)

**UWAGA !**

- 1) *Wnioski składane poza wyznaczonym terminem nie będą podlegały rozpatrzeniu. Kolejność wpływu nie będzie uwzględniana przy ocenie wniosku.*
- 2) **Wniosek, który nie zawiera załączników wymienionych w pkt. 4 - 8, pozostaje bez rozpatrzenia.**
- 3) *W terminie 30 dni od dnia złożenia prawidłowo wypełnionego wniosku pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.*
- 4) *W przypadku złożenia wniosku nieprawidłowo wypełnionego, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.*
- 5) *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
- 6) *Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.*
- 7) *Przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy jest dokonywane na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie na podstawie decyzji administracyjnej. W związku z powyższym odmowa przyznania tych środków nie podlega odwołaniu.*
- 8) *W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku przed podpisaniem umowy należy przedstawić:*
  - *zaświadczenia o braku zaległości z tytułu opłacania podatków (Urząd Skarbowy) oraz o braku zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne (ZUS lub KRUS),*
  - *wykaz osób, które zostaną objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego oraz zgody tych osób na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie ich danych osobowych przez PUP w Rawie Mazowieckiej dla celów związanych z realizacją umowy o KFS.*

<sup>1</sup> W przypadku ubiegania się o środki z KFS dla kilku pracowników należy załącznik 1 „Uczestnik kształcenia ustawicznego w ramach KFS” pobrać ze strony internetowej urzędu <http://pup.rawamazowiecka.ibip.pl> z zakładki Dokumenty do pobrania w potrzebnej ilości egzemplarzy i załączyć do powyższego wniosku.



**UCZESTNIK KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO  
W RAMACH KFS**

Stanowisko pracownika / pracodawca\* .....

Wykształcenie .....

Płeć    ☐ kobieta                      ☐ mężczyzna

Pracownik zatrudniony jest na podstawie umowy ..... w wymiarze czasu pracy .....

na czas nieokreślony od ...../ określony\* od ..... do .....

Praca w warunkach szczególnych                      TAK / NIE\*

Praca o szczególnym charakterze                      TAK / NIE\*

**1. Rodzaj kształcenia ustawicznego i sposób finansowania:**

| <b>Forma kształcenia<br/>ustawicznego</b>                                                                                              | <b>Tematyka kształcenia<br/>(nazwa kursu, studiów<br/>podyplomowych - kierunku)</b> | <b>Liczba<br/>godzin</b> | <b>Termin<br/>realizacji<br/>(ilość<br/>semestrów)</b> | <b>Kwota<br/>wnioskowana<br/>z KFS</b> | <b>Kwota<br/>wkładu<br/>własnego</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| kursy                                                                                                                                  |                                                                                     |                          |                                                        |                                        |                                      |
| studia podyplomowe                                                                                                                     |                                                                                     |                          |                                                        |                                        |                                      |
| egzamin umożliwiający<br>uzyskanie dokumentów<br>potwierdzających nabycie<br>umiejętności, kwalifikacji<br>lub uprawnień<br>zawodowych |                                                                                     |                          |                                                        |                                        |                                      |
| badania<br>lekarskie/psychologiczne<br>wymagane do podjęcia<br>kształcenia lub pracy<br>zawodowej po<br>ukończeniu kształcenia         |                                                                                     |                          |                                                        |                                        |                                      |
| ubezpieczenie NNW w<br>związku z podjęciem<br>kształcenia                                                                              |                                                                                     |                          |                                                        |                                        |                                      |
| <b>RAZEM</b>                                                                                                                           |                                                                                     |                          |                                                        |                                        |                                      |

**2. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego na w/w osobę:.....złotych**

(słownie: .....)

**3. Nazwa i siedziba realizatora kształcenia ustawicznego:.....**

.....

**4. Uzasadnienie wyboru realizatora** usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS:

.....

.....

.....

.....

**5. Rozpoznanie cenowe** - cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (w poniższej tabeli należy wskazać wybraną ofertę oraz przynajmniej 2 konkurencyjne kontroferty, na podstawie których dokonano wyboru realizatora kształcenia ustawicznego - w przypadku działań ogólnie dostępnych):

|   | Nazwa realizatora | Liczba godzin kształcenia | Cena usługi kształcenia ustawicznego | Cena za osobogodzinę kształcenia |
|---|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1 |                   |                           |                                      |                                  |
| 2 |                   |                           |                                      |                                  |
| 3 |                   |                           |                                      |                                  |

Do wniosku należy załączyć 2 oferty analogicznych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku braku dostępności podobnych usług oferowanych na rynku lub mniejszej ilości realizatorów kształcenia ustawicznego należy wskazać z czego wynika ww. brak: .....

.....

**6. Priorytety wydatkowania środków KFS:** kształcenie ustawiczne w/w **pracownika/pracodawcy** wpisuje się następujące priorytety przyjęte na 2020r.<sup>2</sup>

- ☐ **priorytet pierwszy** - wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem (pracodawca składa dodatkowe oświadczenie wg załącznika nr 6, że pracownik przewidziany do objęcia KFS spełnia warunki dostępu do priorytetu I);
- ☐ **priorytet drugi** – wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;
- ☐ **priorytet trzeci** – wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;

<sup>2</sup> PUP przyznaje wsparcie ze środków KFS pracodawcom, których wnioski spełniają wymagania określone w priorytetach (nie muszą być spełniane łącznie).

- ☐ **priorytet czwarty** – wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem wprowadzonych przez firmy narzędzi pracy;
- ☐ **priorytet piąty** – wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach / branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju;
- ☐ **priorytet szósty** – 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;
- ☐ **priorytet siódmy** – wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej;

7. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego pracownika/pracodawcy**, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data, podpis i pieczęć  
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy)



**Załącznik nr 2**

.....  
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, oświadczam co następuje:**

1. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. Ze wskazanym we wniosku realizatorem kształcenia ustawicznego jestem\* / nie jestem\* powiązany osobowo lub kapitałowo.
4. Jestem\* / nie jestem\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018r. poz. 362 ze zm.).
5. Nie toczy się / toczy się\* w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
6. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018r., poz. 117).
7. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków / nie dotyczy\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str. 1).
8. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków / nie dotyczy\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str. 9).
9. Cięży\* / nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy.
10. Nie ubiegam się o środki KFS na kształcenie ustawiczne pracowników lub pracodawcy objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
11. Osoby, które będą objęte kształceniem ustawicznym z KFS nie posiadają przyznanych świadczeń emerytalnych, bez względu na ich aktualne pobieranie lub zawieszenie.
12. Pracownicy objęci kształceniem ustawicznym świadczą pracę, tj. nie przebywają na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, wychowawczym, bezpłatnym, itp. oraz nie są to osoby współpracujące przy prowadzeniu działalności gospodarczej.
13. Przyznane środki z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowodują przekroczenia dopuszczalnego limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika kształcenia ustawicznego finansowanego z KFS.
14. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymałem pomoc de minimis.\
15. Zapoznałem się z Regulaminem przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w 2020r. przez PUP w Rawie Mazowieckiej.
16. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 2019r. poz.1040 z późn. zm.).
17. **Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.**

Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy ze środków KFS jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Rawie Mazowieckiej jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

**\* niepotrzebne skreślić**

.....  
(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub  
osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

## OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

**W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

**Jako wnioskodawca oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 poprzedzających go lat**

- otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis\*
- nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis\*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy

| L.p.    | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
|---------|--------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|
| 1.      |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 2.      |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 3.      |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 4.      |                          |                 |                         |                       |                                           |
| 5.      |                          |                 |                         |                       |                                           |
| Łącznie |                          |                 |                         |                       |                                           |

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną\* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

.....  
(data, podpis i pieczęć  
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy)

**\* niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 4**

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

| Lp. | Forma kształcenia<br>ustawicznego                                                                                        | Poziom<br>wykształcenia | Liczba<br>osób | Liczba uczestników wg grup wiekowych |               |               |                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|
|     |                                                                                                                          |                         |                | 15-24<br>lata                        | 25-34<br>lata | 35-44<br>lata | 45 lat i<br>więcej |
| 1   | Kursy                                                                                                                    |                         |                |                                      |               |               |                    |
| 2   | Studia podyplomowe                                                                                                       |                         |                |                                      |               |               |                    |
| 3   | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |                         |                |                                      |               |               |                    |
| 4   | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu        |                         |                |                                      |               |               |                    |
| 5   | Ubezpieczenie od NNW w związku z podjętym kształceniem                                                                   |                         |                |                                      |               |               |                    |
|     | <b>Łącznie</b>                                                                                                           | <b>X</b>                |                |                                      |               |               |                    |

.....  
(data, podpis i pieczęć  
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy)

.....  
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

## OFERTA REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA

### I. Dane dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego

|                                                      |                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego |                                                                                                                                                                                                |
| 2. Adres realizatora usługi kształcenia ustawicznego |                                                                                                                                                                                                |
| 3. Numer telefonu                                    |                                                                                                                                                                                                |
| 4. Numer fax                                         |                                                                                                                                                                                                |
| 5. E-mail                                            |                                                                                                                                                                                                |
| 8. NIP                                               |                                                                                                                                                                                                |
| 9. REGON                                             |                                                                                                                                                                                                |
| 11. PKD                                              |                                                                                                                                                                                                |
| 13. Wpis do rejestru instytucji szkoleniowych        | <input type="checkbox"/> tak, jeżeli tak proszę podać następujące dane: wpis w rejestrze prowadzonym przez Wojewódzki Urząd Pracy w .....<br>pod numerem .....<br><input type="checkbox"/> nie |

**II. Oświadczamy, iż posiadamy / nie posiadamy\***(niepotrzebne skreślić) **doświadczenie w realizacji szkoleń z obszaru powyższego szkolenia**, przy czym przez doświadczenie rozumieć należy zrealizowanie co najmniej 1 szkolenia o tym zakresie tematycznym.

**III. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** (w przypadku posiadania załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem):

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak, proszę podać jakie : |
| <input type="checkbox"/> nie                       |

**IV. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego**

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tak, proszę wskazać publiczny rejestr elektroniczny, w którym powyższa informacja jest dostępna : |
| <input type="checkbox"/> nie                                                                                               |

**V. Oświadczamy, iż prowadzimy / nie prowadzimy \***(niepotrzebne skreślić) **analizy skuteczności i efektywności przeprowadzanych przez nas szkoleń.**

### VI. Koszt szkolenia dla 1 osoby:

| Lp. | Rodzaj poniesionych kosztów w ramach szkolenia:                  | Cena w zł    |
|-----|------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1   | Koszt kursu (zajęcia z części teoretycznej i praktycznej)        | .....złotych |
|     | - Koszt osobogodziny kursu (poz. 1 / liczbę godzin kursu ogółem) | .....złotych |

|   |                                                                                                                                                      |                                   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 2 | Koszty przejazdu jeśli szkolenie zorganizowane zostanie poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy lub poza stałym miejscem pracy | .....złotych                      |
| 3 | Koszt zakwaterowania                                                                                                                                 | .....złotych                      |
| 4 | Koszt wyżywienia                                                                                                                                     | .....złotych                      |
| 5 | Inne (jakie?) .....                                                                                                                                  | .....złotych                      |
|   | <b>Całkowity koszt szkolenia dla 1 osoby (suma od 1 do 5) (brutto)</b>                                                                               | .....złotych<br>(w tym .....%VAT) |

**VII. Integralną częścią oferty stanowi:**

- a) **Program kształcenia ustawicznego**
- b) **Wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji (np. dyplomów, uprawnień itp.)**

.....  
/miejscowość, dnia/

.....  
/podpis i pieczęć dyrektora/kierownika  
instytucji szkoleniowej lub osoby upoważnionej  
do występowania w jego imieniu/



## PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

**2. Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia.**

|                                                                                                                                                                |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Termin szkolenia</b>                                                                                                                                        | od ..... do ..... |
| <b>Liczba godzin edukacyjnych kursu ogółem (czas szkolenia jednej osoby): .....</b><br>w tym:<br>a) zajęcia teoretyczne: .....<br>b) zajęcia praktyczne: ..... |                   |
| <b>Czas trwania :</b><br>Ilość tygodni ..... Ilość dni szkoleniowych .....                                                                                     |                   |

|                                                 |                                                |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Adres zorganizowania zajęć teoretycznych</b> | <b>Adres zorganizowania zajęć praktycznych</b> |
| .....                                           | .....                                          |
| .....                                           | .....                                          |

**Sposób organizacji zajęć praktycznych:**

### 3. Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:

## 13

| 5. Plan nauczania        |                                                                                      |                            |                           |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Temat zajęć edukacyjnych | Opis treści – kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych | Wymiar zajęć (w godzinach) |                           |
|                          |                                                                                      | Ilość godzin teoretycznych | Ilość godzin praktycznych |
|                          |                                                                                      |                            |                           |
|                          |                                                                                      |                            |                           |
|                          |                                                                                      |                            |                           |
|                          |                                                                                      |                            |                           |
|                          |                                                                                      |                            |                           |
| Razem                    |                                                                                      |                            |                           |

**6. Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych wykorzystywanych podczas zajęć:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**7. Uzyskane kwalifikacje i umiejętności po pozytywnym zakończeniu kursu przez uczestnika:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Przewidziane sprawdziany i egzaminy.**

**Sprawdziany (wymienić jakie?) :**

.....

.....

.....

**Egzaminy (właściwe zaznaczyć):**

- ☐ egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez instytucję szkoleniową
- ☐ egzamin państwowy przed komisją (podać nazwę komisji).....,
- ☐ inna forma zaliczenia, proszę wpisać jaka: .....

**Zakres egzaminu:**

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

**9. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji:** (proszę zaznaczyć w okienku właściwe)

- ☐ zaświadczenie na druku MEN  
☐ zaświadczenie według własnego wzoru  
☐ uprawnienia (jakie).....

**UWAGA: Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający ukończenia szkolenia i uzyskanie kwalifikacji musi zawierać:**

- a) numer z rejestru;
- b) imię i nazwisko oraz numer PESEL uczestnika szkolenia, a w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- c) nazwę instytucji szkoleniowej przeprowadzającej szkolenie;
- d) formę i nazwę szkolenia;
- e) okres trwania szkolenia;
- f) miejsce i datę wydania zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji;
- g) tematy i wymiar godzin zajęć edukacyjnych;
- h) podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową przeprowadzającą szkolenie.

**Prosimy załączyć wzór:** zaświadczenia, uprawnienia, certyfikatu zgodnego z przepisami obowiązującymi przy danym kierunku szkolenia oraz inne dokumenty własne wydane przez instytucję szkoleniową dla absolwentów szkolenia.

.....  
/miejscowość, dnia/

.....  
/podpis i pieczęć dyrektora/kierownika  
instytucji szkoleniowej lub osoby upoważnionej  
do występowania w jego imieniu/

**OŚWIADCZENIE**  
**dot. spełnienia przez pracownika warunku dostępu do priorytetu I**

Pełna nazwa pracodawcy, adres siedziby pracodawcy, imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy - osoby składającej oświadczenie:

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

Ja niżej podpisana(y) pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA oświadczenie następującej treści:

Pracownik przewidziany do objęcia wsparciem KFS w ramach priorytetu nr I MRPiPS na rok 2020 spełnia warunki dostępu do tego priorytetu, tj. jest osobą powracającą na rynek pracy po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem (matka, ojciec, opiekun prawny). W ciągu jednego roku przed datą założenia wniosku o dofinansowanie z KFS podjął pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem (urlop macierzyński, wychowawczy czy zwolnienie na opiekę nad dzieckiem).

....., dnia .....

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

**Art. 233 § 1 KK**

Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**Art. 75 § 2 KPA**

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.