



.....
pieczęć firmowa wnioskodawcy

.....
(miejsowość 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 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 ze zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018 r., poz. 117);
3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023).

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy

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

2. Adres siedziby pracodawcy

.....
nr telefonu: adres e-mail:

3. Adres korespondencyjny.....

.....
.....

5. Czy pracodawca posiada ADE – adres doręczeń elektronicznych do tzw. e-doręczeń? TAK NIE

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

7. Numer identyfikacji podatkowej NIP.....

8. Numer PESEL (jeśli dotyczy) :.....

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



10. Forma organizacyjno-prawna
.....
(np. spółdzielnia, Spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)
11. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności.....
..... PKD (przeważające)
12. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze)
13. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do zawarcia umowy w imieniu wnioskodawcy
14. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby upoważnionej przez wnioskodawcę do kontaktów z Urzędem w sprawie wniosku.....
..... tel.....
15. Nazwa banku oraz numer nieoprocentowanego rachunku bankowego pracodawcy¹
16. Liczba zatrudnianych pracowników zgodnie z kodeksem pracy na dzień złożenia wniosku:
....., w tym w przeliczeniu na pełny etat:
17. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć):
- Należę do grupy mikroprzedsiębiorstw lub organizacji niepodlegającej Prawu Przedsiębiorców zatrudniającej mniej niż 10 osób
(mikroprzedsiębiorca oznacza przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:
- a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz
- b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro)
- Nie należę do grupy mikroprzedsiębiorstw lub organizacji niepodlegającej Prawu Przedsiębiorców zatrudniającej mniej niż 10 osób

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).

¹ Powyższy rachunek bankowy zostanie wskazany w umowie KFS jako rachunek służący do wszelkich płatności związanych z jej realizacją. Z niego należy dokonać płatności za fakturę wystawioną przez realizatora działania.

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						
SUMA							

UWAGA:

1. Na podstawie art. 69b ust 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, w wysokości:
 - 1) 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;
 - 2) 100%, kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.
2. Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy:
 - 1) uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia, przejazdu itp.
 - 2) 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.
3. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załącznik.
4. Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.
5. 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 KFS² - Załącznik nr 1
2. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 2
3. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do CEIDG oraz KRS. Np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni socjalnej lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
4. Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia realizującego wnioskowane formy kształcenia ustawicznego - Załącznik nr 5 wraz z programem kształcenia ustawicznego - Załącznik nr 5a lub zakresem egzaminu (oddzielnie dla każdego kursu / studiów / egzaminu) - Załącznik nr 5b
5. 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)
6. 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)
7. 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. (nie dotyczy podmiotów nieprowadzących działalności gospodarczej)
8. Oświadczenie podmiotu - Załącznik nr 6
9. Oświadczenie pracodawcy o spełnieniu priorytetu PM/6 cudzoziemcy- Załącznik nr 7
10. Oświadczenie pracodawcy o spełnieniu priorytetu PM/7 usługi zdrowotne i opiekuńcze - Załącznik nr 8
11. Liczba i charakterystyka osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z KFS, według grup wiekowych, poziomu wykształcenia - Załącznik nr 4
12. Rozpoznanie cenowe: 2 oferty analogicznych usług kształcenia ustawicznego o porównywalnej liczbie godzin, o ile są dostępne (w przypadku braku możliwości przedłożenia ofert – wyjaśnienie).
13. 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. 3 - 6, 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),*

² W przypadku ubiegania się o środki z KFS dla kilku pracowników należy załączyć nr 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 uczestnika: wyższe, policealne, średnie zawodowe, średnie ogólnokształcące, zasadnicze zawodowe, gimnazjalne i poniżej*

Płeć kobieta mężczyzna

Wiek uczestnika: 18-24 lata 25-34 lata 35-44 lata 45 lat i więcej

Pracownik zatrudniony jest na podstawie umowy w wymiarze czasu pracy
na czas nieokreślony od/ określony* od do

Miejsce zatrudnienia pracownika objętego niniejszym wnioskiem (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr budynku)

.....

Praca w warunkach szczególnych TAK / NIE*

Praca o szczególnym charakterze TAK / NIE*

1. Rodzaj kształcenia ustawicznego i sposób finansowania:

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

2. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego na w/w osobę:.....złotych
(słownie:)

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

* *niepotrzebne skreślić*



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 ustawianego - 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 o porównywalnej liczbie godzin, 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 2025 r.³ Należy wskazać wyłącznie jeden priorytet.

- priorytet pierwszy** – wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie;
- priorytet drugi** – wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy;
- priorytet trzeci** – wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku;
- priorytet czwarty** – poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy;

³ PUP przyznaje wsparcie ze środków KFS pracodawcom, których wnioski spełniają wymagania określone w priorytetach (nie muszą być spełniane łącznie).



- priorytet piąty** – promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej;
- priorytet szósty** – wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy;
- priorytet siódmy** – wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych;
- priorytet ósmy** – rozwój umiejętności cyfrowych;
- priorytet dziewiąty** – wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.

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

1) W jaki sposób wsparcie przyczyni się do utrzymania zatrudnienia?

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

2) Czy ukończenie planowanej formy kształcenia jest związane z awansem zawodowym i/lub finansowym, rozszerzeniem obowiązków zawodowych, zmianą stanowiska, uzupełnieniem / rozszerzeniem / aktualizacją kompetencji zawodowych, przedłużeniem zatrudnienia na czas nieokreślony, zmianą lub rozszerzeniem profilu działalności gospodarczej – w przypadku szkolenia pracodawcy, inne).

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

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

1) 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.)

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



2) Jakie kompetencje / kwalifikacje nabędą uczestnicy kształcenia?

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

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

** niepotrzebne skreślić*



.....
(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. **Jestem / nie jestem*** powiązany osobowo lub kapitałowo ze wskazanym we wniosku realizatorem kształcenia ustawicznego.
4. **Jestem / nie jestem*** beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz.702 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. 2018 r., poz. 117).
7. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków / nie dotyczy***, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023).
8. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków / nie dotyczy***, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9 oraz Dz. Urz. UE L 51 z 22.02.2019, str. 1).
9. **Ciąży/ 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. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Zapoznałem się z Regulaminem przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w 2025 r. przez PUP w Rawie Mazowieckiej.
15. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 2023 r. poz.1465 ze zm.).
16. **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 okresie 3 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*

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

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

.....
(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 pod numerem <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):

<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	Koszt egzaminu (jeśli dotyczy)złoty
3	Koszty przejazdu jeśli szkolenie zorganizowane zostanie poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy lub poza stałym miejscem pracyzłoty
4	Koszt zakwaterowaniazłoty
5	Koszt wyżywieniazłoty
6	Inne (jakie?)złoty
	Całkowity koszt szkolenia dla 1 osoby (suma od 1 do 5) (brutto)złoty (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/



.....
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

1. Nazwa szkolenia:

.....

□

2. Czas trwania szkolenia i sposób organizacji szkolenia.

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

Miejsce szkolenia

Adres zorganizowania zajęć teoretycznych	Adres zorganizowania zajęć praktycznych
.....
.....

Sposób organizacji zajęć teoretycznych:

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

Sposób organizacji zajęć praktycznych:

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

3. Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia:

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

4. Cele szkolenia ujęte w kategoriach uczenia się z uwzględnieniem wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych:

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

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 wydane na druku MEN musi zawierać:

- 1) imię (imiona) i nazwisko uczestnika kursu;
- 2) numer PESEL uczestnika kursu, a w przypadku uczestnika nieposiadającego numeru PESEL - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) nazwę kursu;
- 4) wymiar godzin kształcenia na kursie;
- 5) nazwę i adres odpowiednio placówki kształcenia ustawicznego, centrum kształcenia zawodowego lub branżowego centrum umiejętności prowadzących kurs;
- 6) datę wydania zaświadczenia i numer zaświadczenia zgodny z numerem w ewidencji;
- 7) podpis dyrektora odpowiednio placówki kształcenia ustawicznego, centrum kształcenia zawodowego lub branżowego centrum umiejętności prowadzących kurs;

zgodnie z § 23 ust. 3 i 4 Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 października 2023 r.

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.

.....
/miejsowość, dnia/

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



.....
(pieczęć realizatora)

INFORMACJA DOTYCZĄCA EGZAMINU

1. Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej egzamin:

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

2. Nazwa egzaminu:

.....
.....

3. Miejsce przeprowadzenia egzaminu:

.....
.....

4. Cele kształcenia ustawicznego:

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

Lp.	ZAKRES EGZAMINU
1.	
2.	
3.	

.....
/podpis i pieczęćka realizatora egzaminu/



Podmiot składający oświadczenie:

.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE PODMIOTU/OSOBY FIZYCZNEJ

ubiegającego się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046

Na potrzeby rozpatrzenia wniosku z dnia w sprawie, oświadczam, że nie zachodzą wobec mnie/reprezentowanej przeze mnie osoby prawnej⁴ podstawy uniemożliwiającej udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na podstawie art. 51 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(Podpis(y) osoby/osób upoważnionej (ych))

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(Podpis(y) osoby/osób upoważnionej (ych))

⁴ Niepotrzebne skreślić



OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU PM/6

Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców

Oświadczam, że:

1. Osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu PM/6 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu, tj. są cudzoziemcami,
2. W momencie składania wniosku posiadają aktualny tytuł pobytowy i legalne zatrudnienie na terytorium RP,
3. Będą uczestniczyć w kształceniu tylko w przypadku posiadania aktualnego tytułu pobytowego i legalnego zatrudnienia na terytorium RP w okresie kształcenia.

.....

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



OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU PM/7

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych

Oświadczam, że dla osób wskazanych we wniosku istnieje konieczność odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Osoby wykonują zadania bezpośrednio związane z pacjentem w zakresie świadczeń zdrowotnych⁵ / opiekuńczych.

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

⁵ Świadczeniami zdrowotnymi są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia