Siemiatycze, ….............................

(data)

**WNIOSKODAWCA**

…..................................

(pieczątka wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZAD PRACY**

**W SIEMIATYCZACH**

**KRAJOWY FUNDUSZ SZKOLENIOWY**

**Wniosek o dofinansowanie kształcenia ustawicznego**

*Zgodnie z art. 69 b ust. 1 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*

*(Dz. U. z 2015 r. poz. 149) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. Z 2014r., poz. 639);*

Nazwa i adres wnioskodawcy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Imię i nazwisko pracodawcy

…………………………………………………………………………………………………

Telefon ……………………………………

Strona www\* ………………………………

Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej

…………………………………………………………………………………………………

Numer identyfikacyjny REGON\*

…………………………………………………………………………………………………

Numer identyfikacji podatkowej NIP

…………………………………………………………………………………………………

Numer działalności gospodarczej według PKD

…………………………………………………………………………………………………

Numer rachunku bankowego pracodawcy

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

Liczba zatrudnionych osób

………………………………………………………………………………………………

Dane osoby upoważnionej do kontaktu:

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………….

Telefon………………………………………………………………………………………..

e-mail\*……………………………………………………………………………………….

**Dane osoby upoważnionej do podpisywania umów:**……………………………………..

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

mikroprzedsiębiorca inny

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracowników** | | **Liczba pracodawców** | |
| **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| **45 lat i więcej** |  |  |  |  |
| Według wykształcenia | wyższe |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Liczba uczestników wykonujących pracę w szczególnych warunkach | |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wniosku**

(krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań)

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

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

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

Data............................. …………………………………………

podpis, pieczęć

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

**Oświadczamy że:**

W dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam/zalegam\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne,
3. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.
4. jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (rozporządzenie 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 352/1)

\* niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego stanowiącego iż: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.***

Data............................. …………………………………………

podpis, pieczęć

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

**W przypadku beneficjenta pomocy publicznej do wniosku należy dołączyć:**

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1**
2. **W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność).**

**W ramach KFS możliwe jest sfinansowanie:**

* do 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika,
* do 100% kosztów kształcenia ustawicznego – jeśli wnioskodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców,  nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (mikroprzedsiębiorca to przedsiębiorca, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników, a jego roczny obrót lub  całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln. EUR).

O środki z KFS przeznaczone na kształcenie ustawiczne mogą wystąpić pracodawcy, którzy zamierzają inwestować w podnoszenie kompetencji własnych lub kompetencji swoich pracowników.

**Pracodawcą zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 25 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy jest jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna jeżeli zatrudnia co najmniej jednego pracownika.**

***UWAGA!*** *Nie jest pracodawcą osoba prowadząca działalność gospodarczą niezatrudniająca żadnego pracownika.*

**Środki z KFS przyznawane pracodawcy na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego stanowią pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.**

Wnioski pracodawców będą rozpatrywane zgodnie z kolejnością ich wpływu w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku.

**Priorytetem Ministra Pracy i Polityki Społecznej na lata 2014-2015 jest wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w wieku 45 lat i więcej.**

**Załącznik nr 1**

**Wysokość i harmonogram wsparcia danej formy kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma kształcenia ustawicznego** | **Nazwa** | **Liczba pracowników** | | **Miejsce i termin realizacji** | **Wkład własny ( w zł.)** | **Kwota wnioskowana   z KFS (w zł.)** | **Całkowita wartość planowanych działań (w zł.)** |
| **Razem** | **Kobiety** |
| **1** | Kurs |  |  |  |  |  |  |  |
| **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 następstw nieszczęśliwych wypadków  w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

Data............................. …………………………………………

podpis, pieczęć

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

**Załącznik nr 2**

**INFORMACJA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ**

Nazwa instytucji szkoleniowej:

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

zrealizuje szkolenie/szkolenia pod nazwą …………………………………………………………………………...................................

…………………………………………………………………………………………………

planowany termin szkolenia…………………………………………………………………..

**Koszt szkolenia (brutto):…………………………………… zł.**

**słownie**/………………………………………………………………………………………/

Liczba godzin szkolenia: praktyczne………………….

teoretyczne…………………

…………………………… ………………………………..

*Miejscowość, data podpis osoby uprawnionej z instytucji szkolącej*