

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

 (Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

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

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 117).

1. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

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

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

2. Adres siedziby pracodawcy...................................................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności .......................................................................................

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

4. Telefon ................................................... fax.........................................................................

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

5. NIP........................................................REGON ..................................................................

6. Forma prawna prowadzonej działalności ..............................................................................

7. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ...................................................................................................................

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiebiorców (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz.1292) [[1]](#footnote-1) \*: □mikroprzedsiębiorca □mały przedsiębiorca □średni przedsiębiorca

9. Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę zg. z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (tj. Dz.U. z 2019 r. , poz. 1040,1043 ze zm) na dzień złożenia wniosku ............................................

10. Numer rachunku bankowego Pracodawcy:

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

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

imię i nazwisko.................................................... stanowisko służbowe ...............................................

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko …......................................................stanowisko …................................................. telefon /fax …........................................................., e-mail …....................................................

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

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

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

*w tym:*

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

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

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

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

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać takich kosztów jak:

wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów MRPiPS na rok 2019 (właściwe zaznaczyć):

* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danych powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości;
* wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup, o których mowa w art. 4 ust 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej;
* wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia

**C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Nazwa kursu** | Liczba osób | Termin realizacji(od ..do..) | Koszt szkolenia dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatkóww zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Kierunek studiów podyplomowych** | Liczba osób | Termin realizacji studiów podyplomowych(od..do) | Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

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

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

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

**Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia, w przypadku innych niezaplanowanych działań tabelę należy usunąć.**

**D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

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

\*Należy wypisać zawody wykonywane przez uczestników szkolenia (zgodnie z umową o pracę).

Uwaga: w przypadku większej liczby zawodów należy powielić liczbę wierszy zgodnie z liczbą zawodów.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2019 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub priorytetów rezerwy Rady Rynku Pracy w zależności od naboru)

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

…………………………………………………………………………………………...

**F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA**

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

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

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

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

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

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

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

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

*Oświadczam, że wzór wniosku nie został zmodyfikowany, z wyjątkiem miejsc gdzie jest to wyraźnie dopuszczone.*

………………………………… …………………………………………

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

do reprezentowania pracodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

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

*lub*

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

***Załączniki należy przedkładać w formie oryginałów lub kopii potwierdzonej za „zgodność z oryginałem”.***

***Uwaga! Brak załączników wymaganych*** *w rozporządzeniu MPRiPS w sprawie przyznawania środków z KFS z dnia 14 maja 2014 r.* ***powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.***

 ***Załącznik nr 1***

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

*(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, 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. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* rozporządzenia MRPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (tekst jednolity Dz. U. z 2018, poz. 117);
5. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, 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.)\*
6. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, 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 *w sektorze rolnym* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)\*;
7. Spełniam warunki/nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis *w sektorze rybołówstwa i akwakultury* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.);
8. Oświadczam, że jestem zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Mazowieckim w celu realizacji zadań ustawowych wynikających z ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U z 2018 r. poz. 1265 z późń zm. ) w tym zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych, wydawania decyzji, weryfikacji uprawnień i danych, realizacji obowiązków sprawozdawczych i obowiązków w zakresie statystyki publicznej oraz określenie planów dalszych działań, a także badań naukowych.
10. Zostały mi przedstawione informacje zgodnie z art.13 ust.1 -2 art. 14 ust. 1-2 rozporządzenia parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. 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.2016.119.1) – RODO.
11. Forma kształcenia, o którą wnioskuję **nie rozpoczęła się** i **nie została już zakończona**.

Oświadczam, że **wsparcie przypadające na jednego pracownika nie przekracza 300 % przeciętnego wynagrodzenia** zgodnie z Art 69b pkt. 1 Ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

1. 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.
2. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy

(t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040,1043 z późn. zm.).

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

*……………………………………………………………..…*

*data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy*

 *\* niepotrzebne skreślić*

***Załącznik nr 2***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego który stanowi:**

*„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 od 6 miesięcy do lat 8 „*

□ otrzymałem/am pomoc de minimis w roku bieżących oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych w łącznej wysokości ………………………………......zł, co stanowi równowartość w euro……………………….…….;

□ nie otrzymałem/am pomocy de minimis w roku bieżących oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych.

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:**

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

**2.**

□ otrzymałem/am pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w roku bieżących oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych w łącznej wysokości ……………………….…………..zł, co stanowi równowartość w euro………………….…………….;

□ nie otrzymałem/am pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w roku bieżących oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych.

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie należy wypełnić poniższe zestawienie**

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

1. 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.

*W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji
o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.*

***\* niepotrzebne skreślić***

*……………………………………………………………..……*

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

***Załącznik nr 3***

****

****

****

****

****

****

****

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

***(dla podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie)***

1. Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy:

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

1. Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy:

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc:

  działalność w rolnictwie

  działalność w rybołówstwie

1. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy 1) | Podstawa prawna 2) | Wartość pomocy 3) | Forma pomocy 4) | Przeznaczenie pomocy 5) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Objaśnienia:

1) *Dzień udzielenia pomocy* – podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) *Podstawa prawna* – podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) *Wartość pomocy* – podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określonyw decyzji lub umowie.

4) *Forma pomocy* – wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) *Przeznaczenie pomocy* – wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

*Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:*

.............................................................. .............................................................. */imię i nazwisko/ /data /podpis*

***Załącznik nr 5***

……………….…………………………. …………..……………………

 *(pieczęć instytucji szkolącej / egzaminującej) (miejscowość i data)*

|  |
| --- |
| **Program kształcenia ustawicznego****lub zakres egzaminu wnioskowanego kształcenia ustawicznego** |
| **Dane realizatora usługi kształcenia** |
| **Nazwa i adres instytucji szkolącej / egzaminującej** |
|   |
| **Nazwa kursu / egzaminu** |
|   |
| **Termin realizacji kursu / egzaminu** | **Liczba godzin kursu /ogółem/**, *w tym liczba godzin teoretycznych oraz praktycznych*  |
|   |  |
| **Sposób organizacji szkolenia** | **Liczba uczestników szkolenia** |
|   |  |
| **Wymagania wstępne dla kandydatów** |
|   |
| **Nabyte kwalifikacje/ rodzaj uprawnień** /**nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu / zdaniu egzaminu** |
|  |
| **Całkowita cena kursu / egzaminu dla wnioskującego pracodawcy** | **Cena kursu / egzaminu na jednego uczestnika** |
|   |  |
| **Miejsce prowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych** |
|  |
| **Certyfikat jakości oferowanych usług** /nazwa dokumentu/ |
|  |
| **Program** |
| **Cel kursu / egzaminu** |
|  |
| **Program kursu / zakres egzaminu** |
|  |

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

 /pieczątka i podpis osoby reprezentującej instytucję szkolącą / egzaminuj

1. \*właściwe zaznaczyć

*1 Mikroprzedsiębiorca – to przedsiębiorca zatrudniający średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec z jednego tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.*

*Mały przedsiębiorca – to przedsiębiorca zatrudniający średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec z jednego tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro*

*Średni przedsiębiorca – to przedsiębiorca zatrudniający średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec z jednego tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro*

2 Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów ( dot. pracodawców zatrudniających ponad 10 osób); 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą sfinansować ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa, ale nie więcej niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)