

Załącznik nr 1 do Regulaminu przyznawania pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego

w Powiatowym Urzędzie Pracy w Rudzie Śląskiej w 2025 r.

**Wniosek**

**o sfinansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Na zasadach określonych w art. 69a, oraz 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | |
| 1. | PEŁNA NAZWA PRACODAWCY[[1]](#footnote-1) (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 1a. | PESEL[[2]](#footnote-2) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 2. | ADRES SIEDZIBY  (*miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 3. | MIEJSCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI  (*miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – zgodnie z dokumentem rejestrowym; wypełnić, jeśli adres jest inny niż podany w pkt 2*) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 4. | ADRES DO KORESPONDENCJI  (*miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – wypełnić, jeśli adres jest inny niż podany w pkt 2*) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 5. | Numer identyfikacji podatkowej NIP | | | | Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej  REGON | | Numer KRS  *(w przypadku pracodawców wpisanych do KRS)* | |
|  | --- | | | |  | |  | |
| 6. | OZNACZENIE PRZEWAŻAJĄCEGO RODZAJU PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ | | | | | | | |
|  | PKD .. | | | | | | | |
| 7. | NUMER NIEOPROCENTOWANEGO RACHUNKU BANKOWEGO należącego do pracodawcy    **UWAGA!** *W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania środków, środki muszą zostać przekazane realizatorowi działań ze wskazanego wyżej konta.* | | | | | | | |
| 8. | LICZBA | | ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW NA UMOWĘ O PRACĘ  *(stan na dzień złożenia wniosku)* | | | | |  |
|  |  | | OSÓB ZAPLANOWANYCH DO OBJĘCIA DOFINANSOWANIEM KFS | | | | |  |
| 9. | MIEJSCE WYKONYWANIA PRACY OSÓB WSKAZANYCH DO UDZIAŁU W KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| 10. | FORMA ORGANIZACYJNO - PRAWNA | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 11. | WIELKOŚĆ PRZEDSIĘBIORSTWA[[3]](#footnote-3) | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| 12. | OSOBA/Y UPRAWNIONA/E DO REPREZENTACJI I PODPISANIA UMOWY  *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* | | | | | | | |
|  | Imię i nazwisko | | | | | | | Stanowisko służbowe |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
| 13. | DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU Z URZĘDEM  *(pracodawca i/lub pracownik podmiotu wnioskującego)* | | | | | | | |
|  | Imię i nazwisko | | | | Telefon | e-mail | | Stanowisko służbowe |
|  |  | | | |  |  | |  |
| **CZĘŚĆ II. WYSOKOŚĆ I HARMONOGRAM WSPARCIA** | | | | | | | | |
| 1. | | CAŁKOWITA WYSOKOŚĆ WYDATKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY | | | | | | |
|  | | *kwota w PLN* | | *słownie* | | | | |
|  | | zł | |  | | | | |
| 2. | | WYSOKOŚĆ WKŁADU WŁASNEGO WNOSZONEGO PRZEZ PRACODAWCĘ | | | | | | |
|  | | *kwota w PLN* | | *słownie* | | | | |
|  | | zł | |  | | | | |
| 3. | | WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ ŚRODKÓW Z KFS | | | | | | |
|  | | *kwota w PLN* | | *słownie* | | | | |
|  | | zł | |  | | | | |
| PROGNOZOWANY OKRES REALIZACJI WSKAZANYCH DZIAŁAŃ | | | | | | | | |
| **od** .. r. **do** .. r.  *(od dnia podpisania umowy nie dłużej niż do 28.11.2025 r.)* | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ III. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | | | | | |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE** | | **LICZBA PRACODAWCÓW** | | **LICZBA PRACOWNIKÓW** | |
| razem | kobiety | razem | kobiety |
|  | |  |  |  |  |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| **Według rodzajów**  **wsparcia** | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |
| Badania lekarskie lub psychologiczne |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o środki z KFS |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Według grup wiekowych** | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Według**  **poziomu wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Według wykonywanych**  **zawodów** | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE** | | **LICZBA PRACODAWCÓW** | | **LICZBA PRACOWNIKÓW** | |
| razem | kobiety | razem | kobiety |
| **Według priorytetów wydatkowania KFS na rok 2025** | 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie |  |  |  |  |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy |  |  |  |  |
| 1. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku |  |  |  |  |
| 1. 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 |  |  |  |  |
| 1. 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 |  |  |  |  |
| 1. Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy |  |  |  |  |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych |  |  |  |  |
| 1. Rozwój umiejętności cyfrowych |  |  |  |  |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną |  |  |  |  |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzaniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianiem w firmach work-life balance. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ IV. ZESTAWIENIE WYDATKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE** | | | | | | |
| **FORMA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | **NAZWA KSZTAŁCENIA** | **LICZBA OSÓB** | **KOSZTY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO NA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **CAŁKOWITY KOSZT KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | **WKŁAD WŁASNY** | **CAŁKOWITA KWOTA WNIOSKOWANA Z KFS** |
| **BADANIE POTRZEB SZKOLENIOWYCH** |  |  |  |  |  |  |
| **SZKOLENIA/KURSY** | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **EGZAMINY**  umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE**  wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **UBEZPIECZENIE**  od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem | 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ V. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **UWAGA!** *Część V należy sporządzić odrębnie, w odniesieniu do każdego pracownika/pracodawcy* | | | | |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PLANOWANEGO DO OBJĘCIA WSPARCIEM** | | | | |
| Nr porządkowy uczestnika | | | | |
| Zajmowane stanowisko pracy | Formakształcenia ustawicznego | Pełnanazwakształceniaustawicznego | Powiązanie zaplanowanego działania z priorytetem  W przypadku kształcenia realizowanego  w zawodzie deficytowym należy wpisać dodatkowo 6-ciocyfrowy kod zawodu dotyczącego kierunku kształcenia | Podstawa zatrudnienia  zgodnie z umową  (wg kodeksu pracy) |
|  | kurs  egzamin  studia podyplomowe  badania  ubezpieczenie |  | **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **6**   **7**  **8**  **9**  **14**  6-cio cyfrowy kod zawodu deficytowego | powołanie  mianowanie  PRACODAWCA  wybór  umowa o pracę  spółdzielcza umowa o pracę  Miejsce wykonywania pracy    Uczestnik objęty kształceniem ustawicznym:  **JEST** **NIE JEST****OSOBĄ WSPÓŁPRACUJĄCĄ**  *(zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych)* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB, KTÓRE BEDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS** | | | | |
| 1. pracownik | | Umowa po 28.11.2025 r. | |  |
| 1. pracodawca | | Status działalności po 28.11.2025 r.  nie przewiduję zawieszenia/zamknięcia działalności gospodarczej w ciągu: | |  |
| **3. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY**  *(opis litery A), B), C) należy zmieścić w ilości wyznaczonego miejsca – maksymalnie po 4 wiersze)* | | | | |
| **A)** | Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika zadań zawodowych na obecnie zajmowanym stanowisku pracy  *( wypełnić obowiązkowo wg danych na dzień złożenia wniosku)* | |  | |
| **B)** | Rzeczowy i zwięzły opis sposobu wykorzystania nabytych kompetencji w miejscu pracy, który uzasadni potrzebę wsparcia dofinansowaniem KFS  *(w przypadku badań lekarskich i NNW potrzebę skorzystania z tej formy wsparcia)* | |  | |
| **C)** | Wskazanie zgodności nabywanych kompetencji z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy w obszarze deficytowym lub w oparciu o dane statystyczne lub inne materiały źródłowe  *(należy dołączyć w formie papierowej lub podać adres www pod którym dostępny jest wybrany materiał źródłowy, ze wskazaniem dokładnego miejsca, numeru strony)*  ***Uwaga!: patrz Karta oceny merytorycznej wniosku o przyznanie środków w ramach KFS*** | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ VI. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW KFS**  ***UWAGA!*** *należy sporządzić odrębnie w odniesieniu do każdej formy kształcenia* | |
| **OFERTA WYBRANEGO REALIZATORA**  *Do wniosku należy dołączyć podpisaną ofertę realizatora usług, stanowiącą załącznik numer 2* | |
| NAZWA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| REALIZATOR KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| LICZBA GODZIN |  |
| CENA USŁUGI (na 1 osobę) |  |
| KOSZT OSOBOGODZINY |  |
| **KONTROFERTA NR 1** | |
| NAZWA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| REALIZATOR KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| NIP REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| LICZBA GODZIN |  |
| CENA USŁUGI (na 1 osobę) |  |
| KOSZT OSOBOGODZINY |  |
| DOKUMENT, NA PODSTAWIE KTÓREGO REALIZATOR POSIADA UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POZASZKOLNYCH FORM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| TELEFON KONTAKTOWY DO PODMIOTU PRZYGOTOWUJĄCEGO OFERTĘ |  |
| **KONTROFERTA NR 2** | |
| NAZWA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| REALIZATOR KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| NIP REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| LICZBA GODZIN |  |
| CENA USŁUGI (na 1 osobę) |  |
| KOSZT OSOBOGODZINY |  |
| DOKUMENT, NA PODSTAWIE KTÓREGO REALIZATOR POSIADA UPRAWNIENIA DO PROWADZENIA POZASZKOLNYCH FORM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |  |
| TELEFON KONTAKTOWY DO PODMIOTU PRZYGOTOWUJĄCEGO OFERTĘ |  |
| **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA**  *(zwięzłe i rzetelne treści)* | |
|  | |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ VII. OŚWIADCZENIA** |
| 1. **OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS** |
| PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) |
|  |
| Oświadczam, iż zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis |
| Stanowiącą równowartość EURO |
| Stanowiącą równowartość EURO |
| Stanowiącą równowartość EURO |

|  |
| --- |
| 1. **OŚWIADCZENIE RODO** |
| W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 str. 1) zostałam(em) poinformowana(y), że:   1. Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Rudzie Śląskiej, z siedzibą w Rudzie Śląskiej przy ul. Ballestremów 16. 2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iod@rudaslaska.praca.gov.pl. 3. Dane osobowe przetwarzane będą w związku ze złożonym wnioskiem o przyznanie środków KFS, w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2025r., poz. 214 z późn. zm.) w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) oraz aktów wykonawczych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. 4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub stosunków umownych. 5. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obwiązującym jednolitym rzeczowym wykazem akt. 6. Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia (po upływie prawnego okresu ich przechowywania) lub ograniczenia przetwarzania (po upływie prawnego okresu ich przechowywania), prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. 7. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. 8. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2025r., poz. 214 z późn. zm.) w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) oraz aktów wykonawczych jest obligatoryjne. Pozostałe dane zostały przekazane dobrowolnie, jednakże brak ich podania uniemożliwia rozpatrzenie wniosku. 9. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **OŚWIADCZENIE O WSPÓŁPRACY Z KONTRAHENTEM ZAGRANICZNYM**   *(W PRZYPADKU UBIEGANIA SIĘ O DOFINANSOWANIE SZKOLENIA JĘZYKOWEGO)* | | |
| 1. | PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |
|  | |
| 2. | W związku z ubieganiem się o dofinansowanie szkolenia językowego, oświadczam, że: | |
| z kontrahentem zagranicznym | |
| 3. | PEŁNA NAZWA I ADRES KONTRAHENTA | |
|  |  | |
| 4. | ZAKRES WSPÓŁPRACY | |
|  | |
| Oświadczam, że potrzeba przeprowadzenia szkolenia językowego jest podyktowana koniecznością usprawnienia komunikacji z ww. kontrahentem, w celu podniesienia jakości współpracy. | | |
| 1. **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU 2**   *(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem*  *w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy)* | | |
| 1. | PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |
|  | |
| **wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu nr 1 będą wykonywali nowe zadania związane z wprowadzonymi / planowanymi do wprowadzenia zmianami:** | | |
| Nazwa wnioskowanego kształcenia | |  |
| A) | Nowe zadania związane  z wprowadzonymi lub planowanymi do wprowadzenia zmianami |  |
| B) | Dokumenty wskazujące, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy **(dokumenty przedkłada się jako załączniki do oświadczenia)** |  |
| logiczne i wiarygodne uzasadnienie: | | |
|  | | |
| 1. **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU 6**   *(Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy)* | | |
| 1. | PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |
|  | |
| **wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu 6 są cudzoziemcami i wykazują specyficzne potrzeby pracowników cudzoziemskich** | | |
| Nazwa wnioskowanego kształcenia | |  |
| logiczne i wiarygodne uzasadnienie: | | |
|  | | |
| 1. **OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU PRIORYTETU 7**   *(Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych)* | | |
| 1. | PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |
|  |  | |
| 1. | NAZWA SZKOLENIA *(bezpośrednio związana z opieką zdrowotną lub opieką społeczną)* | |
|  | |
| 2. | Oświadczam, że w związku z koniecznością odbycia szkolenia lub uzyskania umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych, posiadam PKD w Sekcji Q, tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna, w działach: | |
|  | |
| 1. **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU 8**   *(Rozwój umiejętności cyfrowych)* | | |
| 1. | PEŁNA NAZWA PRACODAWCY (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |
|  | |
| wskazani do kształcenia w ramach Priorytetu 8 będą uczestniczyli w szkoleniach podnoszenia kompetencji cyfrowych | | |
| Nazwa wnioskowanego kształcenia | |  |
| Wiarygodne uzasadnienie konieczności nabycia nowych umiejętności, w tym poprzez wykazanie bezpośredniego związku wykonywanej pracy z koniecznością uzyskania konkretnych kompetencji cyfrowych, objętych tematyką szkolenia: | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **OŚWIADCZAM, ŻE:** | |
| * Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego. * Zapoznałem/am się z treścią art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. * Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przyznawania środków KFS w Powiatowym Urzędzie Pracy w Rudzie Śląskiej. * Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowych oświadczeń o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc publiczną de minimis, oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie. * Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem. * Spełniam warunki, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis lub w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym lub we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury. * Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych. * Utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne. * Nie ubiegam się o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innych powiatowych urzędach pracy. * Środki przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem nie przekroczą 300 procent przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika. * Osoby, które skorzystają ze wsparcia w ramach środków z KFS są zatrudnione na umowę o pracę. * Mam świadomość, iż moi pracownicy, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków KFS muszą zachować status pracownika u mnie przez cały okres obowiązywania umowy o sfinansowanie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców. * Zostałem poinformowany o potrzebie zawarcia umowy z pracownikiem, któremu zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego. * Nie zamierzam samodzielnie realizować usług edukacyjnych oraz w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dla własnych pracowników w ramach środków KFS. * Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z wykonawcą usługi kształcenia. * Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, temu wykluczeniu nie podlegają także wybrani przeze mnie organizatorzy szkoleń. * Potwierdzam, że wszystkie złożone do wniosku załączniki, które nie są oryginałami dokumentów są zgodne z oryginałem. | |
| ***Świadomy/a odpowiedzialności za szkodę spowodowaną oświadczeniem niezgodnym z prawdą, wiarygodność zawartych we wniosku danych stwierdzam własnoręcznym, czytelnym podpisem.*** | |
| **Podpis i pieczątka Wnioskodawcy:** |  |

Załączniki:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
2. Oferta realizatora usług kształcenia ustawicznego/egzaminu.

1. Pracodawcą, w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy Pracodawcy będącego osobą fizyczną. [↑](#footnote-ref-2)
3. **mikroprzedsiębiorstwo** - zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro.

   **- małe przedsiębiorstwo** - zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro;

   **- średnie przedsiębiorstwo** -  zatrudnia mniej niż  250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro;

   **- duże przedsiębiorstwo -** zatrudnia więcej niż 250 pracowników [↑](#footnote-ref-3)