

.............................................. ............................................... (pieczęć wnioskodawcy) (data)

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

**WNIOSEK**

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

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

**WNIOSEK MOŻE BYĆ ZŁOŻONY NAJPÓŹNIEJ 3 TYGODNIE**

**PRZED ROZPOCZĘCIEM KSZTAŁCENIA.**

**prosimy o samodzielne uzupełnianie wniosku**

**w przypadku pytań i wątpliwości prosimy o kontakt z urzędem:**

**tel. 85 727 87 10 e-mail: sekretariat@praca.gov.pl**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** | | | | | | | | | | | | | |
| Pełna nazwa Pracodawcy | | | |  | | | | | | | | | |
| ADRES SIEDZIBY PRACODAWCY | | | | | | | | | | | | | |
| ulica |  | | | | | | | | nr | |  | lok. |  |
| miejscowość | | |  | | | | kod pocztowy | | | |  | | |
| ADRES MIEJSCA PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI (jeżeli jest inny niż siedziby) | | | | | | | | | | | | | |
| ulica | |  | | | | | | | | nr |  | lok. |  |
| miejscowość | | |  | | | | Kod pocztowy | | | |  | | |
| DANE PRACODAWCY | | | | | | | | | | | | | |
| nr. telefonu | | |  | | | nr faksu | |  | | | | | |
| e-mail | | |  | | | strona www | |  | | | | | |
| NIP | | |  | | | REGON | |  | | | | | |
| forma prawna | | | | |  | | | | | | | | |
| rodzaj działalności (zgodnie z PKD) | | | | |  | | | | | | | | |
| PKD | | | | |  | | | | | | | | |
| data rozpoczęcia działalności | | | | |  | | | | | | | | |
| Numer rachunku bankowego  i nazwa banku | | | | |  | | | | | | | | |
| Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę w dniu złożenia wniosku | | | | |  | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko oraz stanowisko/a osoby/osób reprezentującej/ych pracodawcę przy podpisywaniu umowy (zgodnie z dokumentami rejestracyjnymi) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko osoby do kontaktu | | | | |  | | | | | | | | |
| nr telefonu/  e-mail | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH DOFINANSOWANIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | | | | | | | | | |
| Lp. | Forma kształcenia ustawicznego | Nazwa | Liczba osób przewidzianych  do objęcia wsparciem | | | Nazwa realizatora, miejsce i termin realizacji | Forma kształcenia  (stacjonarna, online, inna) | Koszt kształcenia jednego uczestnika w zł | Całkowity koszt kształcenia |
| Ogółem | w tym kobiety | w tym pracodawcy |
| 1 | Kurs |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potw. nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Badania lekarskie  i psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Ubezpieczenie od NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | **SUMA** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. WYSZCZEGÓLNIENIE KOSZTÓW** | |
| **Całkowita wysokość wydatków na kształcenie:** |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS:**  (do 100% w przypadku mikroprzedsiębiorstw,  do 80% w przypadku innych podmiotów. Nie więcej jednak niż 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika). |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę**  (nie uwzględniamy innych kosztów związanych z udziałem pracownika  w kształceniu, np. koszty delegacji). |  |

|  |
| --- |
| **4. UZASADNIENIE WNIOSKU** |
| Uzasadnienie potrzeby kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy (proszę opisać każdy typ kształcenia, w odniesieniu do każdego uczestnika). |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Zgodność z aktualnymi priorytetami KFS (należy wskazać z którymi i uzasadnić wybór priorytetów  w odniesieniu do każdego uczestnika): |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia ustawicznego i jego usługi w odniesieniu do innych podobnych ofert (dodatkowo do wniosku **należy** dołączyć co najmniej 1 kontrofertę) : |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Informacje o planach odnośnie dalszego zatrudniania osób objętych kształceniem ustawicznym (proszę o wskazanie planowanego dalszego okresu zatrudnienia): |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**DO WNIOSKU NALEŻY OBOWIĄZKOWO DOŁĄCZYĆ:**

1. Oświadczenie Pracodawcy – **załącznik 1.**
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis – **załącznik nr 2.**
3. Wykaz osób, które mają zostać objęte kształceniem – **załącznik nr 3.**
4. Oświadczenie pracownika – **załącznik nr 4.**
5. Oferta usługi szkoleniowej – **załącznik nr 5.**
6. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. – **załącznik 6.**
7. Kontroferty usługi szkoleniowej
8. Zaświadczenie z uczelni potwierdzające kierunek studiów i wysokość opłat (jeżeli dotyczy).

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy)

|  |
| --- |
| **Opinia Komisji:**  Po rozpatrzeniu wniosku i ewentualnych wyjaśnień pracodawcy, proponujemy  Nie przyznać / przyznać środki  na kształcenie ustawiczne z KFS w wysokości: …………………..……..…………..  ……………..………………………….……..  …………………..…………………….……..  ……………..……………………………..….  (podpisy członków komisji) |
| **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach**  Nie przyznaję / Przyznaję środki  na kształcenie ustawiczne z KFS w wysokości: ……………………………….……………  ……………………………………………………………..  (podpis Dyrektora) |

|  |
| --- |
|  |

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, 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 MPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
5. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) 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 r.)
6. Oświadczam, że ciąży\*/ nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
7. Zostały / Nie zostały podpisane umowy z pracownikami wymienionymi we wniosku, określające prawa i obowiązki pracownika i pracodawcy związane z ich udziałem w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
8. Umowy te znajdują się w dyspozycji Pracodawcy, który zobowiązuje się do ich przedstawienia na każde żądanie Starosty.
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa   
    w rozporządzeniu MPiPS z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków   
   z Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 24 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
10. **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.**
11. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach 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)

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 k.k. podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że **w ciągu minionych 3 lat:**

* *nie otrzymałem(am) pomocy de minimis\**
* *otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości.................................... euro i dołączam kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem, zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku\**

\*- właściwe zaznaczyć

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro**  **netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | |  |  |

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

(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Stanowisko | **Zgodność z priorytetami**  (należy wskazać numer priorytetu KFS z którego finansowane ma być kształcenie) | Poziom wykształcenia | | | | | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | Osoba wykonuje pracę  w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze  TAK/NIE\* | Okres trwania umowy o pracę  od …do |
| Gimnazjalne | Zasadnicze zawodowe | Średnie ogólne | Policealne i średnie zawodowe | Wyższe |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(data, podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**Załącznik nr 4**

**Oświadczenie pracownika**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko, PESEL)*

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej podejmowanych działań ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych na potrzeby ich realizacji.

…………………………………… ……………………………………

*(miejscowość, data)*  *(podpis)*

**Oświadczenie pracownika**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko, PESEL)*

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej podejmowanych działań ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych na potrzeby ich realizacji.

…………………………………… ……………………………………

*(miejscowość, data)*  *(podpis)*

**Załącznik nr 5**

**OFERTA USŁUGI SZKOLENIA**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI PROPONUJĄCEJ USŁUGĘ SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji szkoleniowej |  |
| Dane adresowe |  |
| Dane kontaktowe (telefon, e-mail) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| PKD |  |
| Osoba upoważniona  do reprezentowania |  |
| Posiadane certyfikaty jakości usług **(kopie w załączeniu)** |  |
| Rodzaj wydawanych dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia  **(kopie w załączaniu)** |  |

**PROGRAM SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa kształcenia ustawicznego |  |
| Proponowany termin |  |
| Ilość godzin ogółem |  |
| **Cele kształcenia:** | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| **Plan kształcenia, opisem treści i wykaz zaangażowanych osób:** | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

**KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA JEDNEGO UCZESTNIKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kategoria** | **Kwota**  **w złotych** |
| **WYNAGRODZENIE BEZPOŚREDNIE** | | |
| 1. | Wynagrodzenie wykładowców i instruktorów łącznie |  |
| 2. | Wynagrodzenie kierownika kształcenia ustawicznego |  |
|  | **WYNAGRODZENIE BEZPOŚREDNIE RAZEM:**  (poz. 1+2) |  |
| **MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE I INNE** | | |
| 3. | Materiały, urządzenia użyte do kształcenia ustawicznego (m. in.: skrypty, podręczniki), wymienić szczegółowo jakie:   1. ………………………………………………………………………………………… 2. ………………………………………………………………………………………… 3. ………………………………………………………………………………………… 4. ………………………………………………………………………………………… |  |
| 4. | Inne:   1. Wynajęcie Sali szkoleniowej wykładowej 2. Koszty obsługi administracyjno – biurowej 3. Inne, jakie? ……………………………………………………………………. |  |
| **MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE I INNE RAZEM:**  (poz. 3+4) | |  |
| **KOSZT SZKOLENIA RAZEM** | |  |
| **KOSZT EGZAMINU** | |  |

**HARMONOGRAM SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Liczba godzin szkolenia** | **Godzina rozpoczęcia** | **Miejsce/lokalizacja** | **Tematy zajęć** | **Wykładowca  (Imię i Nazwisko)** | **Uwagi** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |

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

(data, podpis i pieczęć WYKONAWCY)