



Warszawa, dnia ……………….

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

*pieczęć firmowa pracodawcy*

**Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy-**

**- Urząd Pracy m.st. Warszawy**

## WNIOSEK

**Pracodawcy o przyznanie środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)**

**na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2023r.**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

1. **DANE PRACODAWCY**
2. Pełna nazwa pracodawcy:

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

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

1. Adres siedziby pracodawcy:

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

1. Adres do korespondencji:

……………………………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (pełen adres):

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

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

Jeżeli działalność jest prowadzona w więcej niż w jednej miejscowości należy podać pełną listę w formacie: *miejscowość, powiat, województwo.*

*Należy sprawdzić, czy konieczny jest Załącznik nr 11.*

1. ………………………………..
2. ………………………………..
3. ………………………………..
4. Numery identyfikacyjne:

NIP ………………....……………..

REGON ………….……….………

KRS…………..….……..…………

1. PKD 2007 (przeważające): ……………….………………………………………..……...………………
2. Pracodawca prowadzi działalność w zakresie (profil, zakres i kierunek działalności):

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

1. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności:

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

1. Forma własności:

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

1. Pracodawca jest przedsiębiorcą zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców:

□ TAK

□ NIE

1. Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców[[1]](#footnote-2) (**określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy, jak również podmiotów z nim powiązanych)**:

□ mikroprzedsiębiorca

□ mały przedsiębiorca

□ średni przedsiębiorca

□ inny

1. Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie **umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę** (zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks pracy), na dzień złożenia wniosku:

………………………………………………………………..

1. Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

□ pracodawca/wspólnik spółki cywilnej/jawnej w liczbie: …………………

□ pracownik w liczbie: ………………..

1. Czy wśród pracowników wskazanych do objęcia wsparciem kształcić się będzie Prezes/Wiceprezes/Członek Zarządu Spółki z o.o., który jest jedynym lub większościowym udziałowcem?

□ TAK □ NIE

1. Pracodawca otrzymał lub ubiega się o otrzymanie w 2023r. środków KFS, na kształcenie ustawiczne pracowników wskazanych w pkt 13 w innym Urzędzie Pracy.

□ TAK □ NIE

1. Czy suma środków otrzymanych i wnioskowanych przekroczy równowartość 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na każdego z pracowników wskazanych w pkt 13?

□ TAK □ NIE

1. Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub stosownego pełnomocnictwa – (przykład stanowi załącznik nr 8):

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

1. Pracodawca posiada osobowość prawną:

□ TAK □ NIE

**Jeżeli pracodawca nie posiada osobowości prawnej poniżej należy wskazać podmiot, który jest uprawniony do zawarcia w jego imieniu umowy oraz dołączyć dokument, z którego to uprawnienie wynika.**

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

1. Nazwa i numer rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

**UWAGA! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania dofinansowania z rezerwy KFS, środki te muszą zostać przekazane realizatorowi działań ze wskazanego wyżej konta.**

1. **Czy wskazany w pkt 19 rachunek bankowy jest rachunkiem oprocentowanym ?**

□ TAK □ NIE

1. Osoba/y upoważniona/e ze strony pracodawcy do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko ………………..…………....……………………………………………………………

nr telefonu ………………..…………………………………………………………………………

e-mail ………………..…………………………………………………………………………

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

1. **WYSOKOŚĆ I PRZEZNACZENIE WSPARCIA**

**Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym w złotych** ……………… słownie w złotych: ……………………….…………………………………………

**w tym w złotych:**

* …………. **kwota wnioskowana z rezerwy KFS**, słownie w złotych:…………………………………………………………...
* …………. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę nie będącego mikroprzedsiębiorstwem, słownie w złotych:………………………...………………………………………………..…

**Uwaga:** Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca poniesie w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji, kosztów dojazdu, itp.

Wnioskowana wysokość środków rezerwy KFS nie może obejmować kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem*.*

**Wnioskowane środki rezerwy KFS będą przeznaczone na finansowanie** działań obejmujących

(właściwe zaznaczyć X):

🗌 kursy

🗌 studia podyplomowe

🗌 egzaminy

🗌 badania

🗌 ubezpieczenie NNW

**z uwzględnieniem poniższych priorytetów** Rady Rynku Pracy (właściwe zaznaczyć X):

* A) Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS;
* B) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;
* C) Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/ województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju;
* D) Wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób, mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego;
* E) 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.

**Tabela nr 1 – INFORMACJA O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | kobiety | **razem** | kobiety |
| **Objęci wsparciem ogółem** | |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |
| **Osoby wykonujące pracę w szczególnych warunkach lub pracę o szczególnym charakterze** | |  |  |  |  |
| **Według tematyki kształcenia ustawicznego** | **Ogółem uczestnicy działań finansowanych z rezerwy KFS (łącznie liczba pracodawców i pracowników)**  **w tym** (1 temat dla 1 uczestnika): |  | | | |
| podstawowe programy ogólne (w tym: kształcenie umiejętności pisania, czytania i liczenia |  | | | |
| rozwój osobowościowy i kariery zawodowej |  | | | |
| doskonalenie nauczycieli i nauka o kształceniu |  | | | |
| sztuka, kultura, rzemiosło artystyczne |  | | | |
| nauki humanistyczne (bez języków obcych) i społeczne (w tym: ekonomia, socjologia, psychologia, politologia, etnologia, geografia) |  | | | |
| języki obce |  | | | |
| dziennikarstwo i informacja naukowo-techniczna |  | | | |
| sprzedaż, marketing, public relations, handel nieruchomościami |  | | | |
| rachunkowość, księgowość, bankowość, ubezpieczenia, analiza inwestycyjna |  | | | |
| zarządzanie i administrowanie |  | | | |
| prace sekretarskie i biurowe |  | | | |
| prawo |  | | | |
| nauki o życiu i nauki przyrodnicze (w tym: biologia, zoologia, chemia, fizyka) |  | | | |
| matematyka i statystyka |  | | | |
| informatyka i wykorzystanie komputerów |  | | | |
| technika i handel artykułami technicznymi (w tym: mechanika, metalurgia, energetyka, elektryka, elektronika, telekomunikacja, miernictwo, naprawa i konserwacja pojazdów) |  | | | |
| górnictwo i przetwórstwo przemysłowe (w tym: przemysł spożywczy, lekki, chemiczny) |  | | | |
| architektura i budownictwo |  | | | |
| rolnictwo, leśnictwo, rybołówstwo |  | | | |
| weterynaria |  | | | |
| opieka zdrowotna |  | | | |
| opieka społeczna (w tym: opieka nad osobami niepełnosprawnymi, starszymi, dziećmi, wolontariat) |  | | | |
| ochrona własności i osób |  | | | |
| ochrona środowiska |  | | | |
| usługi hotelarskie, turystyka i rekreacja |  | | | |
| usługi gastronomiczne |  | | | |
| usługi fryzjerskie, kosmetyczne |  | | | |
| usługi krawieckie, obuwnicze |  | | | |
| usługi stolarskie, szklarskie |  | | | |
| usługi transportowe, w tym kursy prawa jazdy |  | | | |
| pozostałe usługi |  | | | |
| inna tematyka kształcenia ustawicznego  (tylko w szczególnych przypadkach, gdy nie ma możliwości zakwalifikowania do jednego z pozostałych obszarów) |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tabela nr 2 - INFORMACJE O PLANOWANYCH DZIAŁANIACH** (należy odpowiednio dodać lub usunąć rzędy aby uwzględnić wszystkie działania) | | | | | | | |
| 1. | **Nazwa oraz rodzaj działania** (kurs / studia podyplomowe / egzamin / badania lekarskie i/lub psychologiczne / ubezpieczenie NNW) | | | | | | | |
|  | **Należy podać nazwę i rodzaj działania: ………………………………………………..….** | | | | | | | |
| **liczba uczestników** | **koszt całkowity netto w zł** | **kwota dofinansowania / kwota wkładu własnego pracodawcy w zł** | **koszt kształcenia na 1 uczestnika w zł** | **termin kształcenie**  **(kwartał i rok**  **rozpoczęcia i zakończenia)** | **nazwa i siedziba realizatora kształcenia (pełen adres)** | **wymiar godzinowy zajęć** | **miejsce odbywania zajęć**  **(pełen adres)** |
|  |  | / |  |  |  |  |  |
| **uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Wybrany realizator kształcenia jest / nie jest (odpowiednio skreślić) powiązany osobowo lub kapitałowo z pracodawcą.** | | | | | | | |
| **porównanie ceny usługi z podobnymi usługami oferowanymi na rynku (należy podać nazwy kursów, nazwy firm wykonujących kursy, wskazać ceny, wymiar godzinowy)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **informacje o posiadanych przez realizatora działań certyfikatach jakości usług kształcenia ustawicznego i prowadzeniu analiz skuteczności tych usług** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **nazwa dokumentu potwierdzającego uprawnienia do prowadzenia usług kształcenia ustawicznego (NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ DOKUMENTU)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 2. | **Nazwa oraz rodzaj działania** (kurs / studia podyplomowe / egzamin / badania lekarskie i/lub psychologiczne / ubezpieczenie NNW) | | | | | | | |
|  | **Należy wstawić nazwę i rodzaj działania:………………………………………..……..** | | | | | | | |
| **liczba uczestników** | **koszt całkowity netto** | **kwota dofinansowania / kwota wkładu własnego pracodawcy w zł** | **koszt kształcenia na 1 uczestnika w zł** | **termin kształcenie**  **(kwartał i rok**  **rozpoczęcia i zakończenia)** | **nazwa i siedziba realizatora kształcenia**  **(pełen adres)** | **wymiar godzinowy zajęć** | **miejsce odbywania zajęć**  **(pełen adres)** |
|  |  | / |  |  |  |  |  |
| **uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Wybrany realizator kształcenia jest / nie jest (odpowiednio skreślić) powiązany osobowo lub kapitałowo z pracodawcą.** | | | | | | | |
| **porównanie ceny usługi z podobnymi usługami oferowanymi na rynku (zależy podać nazwy kursów, nazwy firm wykonujących kursy, wskazać ceny, wymiar godzinowy)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **informacje o posiadanych przez realizatora działań certyfikatach jakości usług kształcenia ustawicznego i prowadzeniu analiz skuteczności tych usług** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **nazwa dokumentu potwierdzającego uprawnienia do prowadzenia usług kształcenia ustawicznego (NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ DOKUMENTU)** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

**Tabela nr 3 - WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. uczest-nika | \* proszę odpowiednio dodać lub usunąć rzędy aby uwzględnić wszystkie osoby  \*\* w komórkach „rodzaj i nazwa działania” należy wstawić nazwę działania – jedna komórka, jedno działanie, jako rodzaj należy wskazać czy jest to kurs, studia podyplomowe, badania czy NNW, zaś jako nawę należy podać nazwę kursu/ studiów/egzaminu oraz rodzaj badań lub ubezpieczenia NNW zgodnie z ofertą realizatora;  \*\*\* należy podać nazwę priorytetu (lub określenie literowe: A-E)  \*\*\*\* należy podać 100% lub 80% wartości działań w zł | | planowane działania dla poszczególnych osób \*\* |  |
| *"rodzaj i nazwa działania"* | Całkowita kwota wsparcia rezerwy KFS na danego pracownika  w zł |
| 1 | płeć | wykonywany zawód oraz zakres obowiązków |  |  |
|  |  |
| priorytet\*\*\* | plany dot. dalszego zatrudnienia |
|  |  |
| miejsce świadczenia pracy (miejscowość ) | uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |
|  |  |
| 2 | płeć | wykonywany zawód oraz zakres obowiązków |  |  |
|  |  |
| priorytet\*\*\*\* | plany dot. dalszego zatrudnienia |
|  |  |
| miejsce świadczenia pracy (miejscowość ) | uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |
|  |  |

**Uzasadnienie wniosku z uwzględnieniem każdego z poniższych elementów:**

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 lokalnego lub regionalnego rynku pracy:

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

1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2023 rok priorytetami wydatkowania środków rezerwy KFS określonymi przez Rady Rynku Pracy (właściwe zaznaczyć i opisać):

* A) Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS;

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

* B) Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;

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

* C) Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu / województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju, tj. edukacja oraz opieka zdrowotna i opieka społeczna;

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

* D) Wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego;

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….,………

* E) 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;

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Związek wybranych działań z planami i możliwościami zatrudnieniowymi uczestników:

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

1. Uzasadnienie terminu rozpoczęcia wnioskowanego kształcenia w przypadku, gdyby miało się ono rozpocząć w 2024r. (rozpoczęcie najpóźniej do 29.02.2024r.):

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

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,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

1. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**
2. Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymaniu bądź nie otrzymaniu pomocy de minimis (Załącznik nr 1).
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Załącznik nr 2):

* w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc *de*minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo (Załącznik 2a)

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) (Załącznik 2b).

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG, (Załącznik nr 3).
2. W sytuacji, gdy prowadzona działalność wymaga dodatkowego zezwolenia lub wpisu do odrębnego rejestru (innego niż CEIDG lub KRS) – kserokopię dokumentu lub wypis z rejestru, (Załącznik nr 4).
3. Oferta instytucji realizującej wnioskowane działanie w ramach kształcenia ustawicznego (Załącznik nr 5), zawierajacej:
   1. dane dot. organizacji kształcenia,
   2. program kursu.
4. Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora kształcenia ustawicznego, potwierdzającego nabyte kompetencje przez uczestników (Załącznik nr 6)
5. Oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik nr 7).
6. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby wynika z wpisu do KRS lub CEiDG albo innego załączonego dokumentu (np. akt mianowania, powołania) (Załącznik nr 8).
7. Oświadczenie o osobach pełniących funkcje zarządcze w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością (Załącznik nr 9).
8. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie pomocy (Załącznik nr 10).
9. Umowa najmu/umowa kupna lokalu/ inny dokument poświadczający prawo do lokalu – wymagane tylko wtedy, gdy miejsce prowadzenia działalności i/lub miejsce świadczenia pracy znajduje się na terenie m.st.Warszawy i nie jest poświadczone w urzędowych rejestrach właściwych dla pracodawcy, w tym CEIDG/KRS/REGON/inne (Załącznik nr 11).

**Załączniki składane przez Pracodawcę w zależności od wybranego priorytetu:**

1. Oświadczenie o spełnieniu wymogów priorytetu B (Załącznik nr 12).
2. Oświadczenie o spełnieniu wymogów priorytetu E (Załącznik nr 13).
3. W przypadku pracodawcy, niefigurującego w rejestrze KRS lub CEIDG, lub REGON, dokument (lub jego kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem), potwierdzający spełnienie priorytetu C, tj. wykonywanie przeważającej działalności oznaczonej jednym z kodów PKD wymienionych w par. 4 ust. 6 *„Zasad przyznawania pracdawcy środków rezerwy KFS w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy w 2023r.”.*

**Załącznik nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz dwóch lat go poprzedzających**

* otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis\*,

nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis\*.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **organ udzielający pomocy** | **podstawa prawna** | **dzień udzielenia pomocy**  **(dd.mm.rrrr)** | **wartość pomocy**  **w EUR** | **numer programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| **Łącznie w EUR** | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

*\* niepotrzebne skreślić*

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 5**  ………………………………….. |
| pieczęć instytucji szkolącej / egzaminującej |
| **OFERTA REALIZATORA DZIAŁAŃ WNIOSKOWANYCH PRZEZ PRACODAWCĘ** (wypełnia instytucja szkoląca / egzaminująca) |
| 1. **Dane o organizacji kształcenia** |
| **Nazwa, adres, NIP i REGON instytucji szkolącej / egzaminującej** |
|  |
| **Nazwa kursu / egzaminu** |
|  |
| **Termin realizacji kursu/egzaminu** |
|  |
| **Wymiar godzinowy kursu** |
|  |
| **Szkolenie otwarte / zamknięte / online** |
|  |
| **Wymagania wstępne dla kandydatów** |
|  |
| **Liczba osób w grupie wymagana aby szkolenie się odbyło** |
|  |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu / zdaniu egzaminu** **oraz podstawa prawna określająca wzór dokumentu (w przypadku braku podstawy prawnej dołączyć wzór dokumentu)** |
|  |
| **Cena kursu / egzaminu netto na jednego uczestnika** |
|  |
| **Miejsce prowadzenia zajęć** |
|  |
| 1. **Program** |
| **Cel kursu / egzaminu** |
|  |
| **Program kursu / zakres egzaminu** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| …………………………………………………… |
| pieczęć i podpis osoby reprezentującej instytucję szkolącą / egzaminującą |

**Załącznik nr 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy:**  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim i Pracodawcy, 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 nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
4. **Podlegam /nie podlegam**\* stosowaniu Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117).
5. **Podlegam stosowaniu /nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia 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. **Podlegam /nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia 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. **Podlegam /nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014r. 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 24.12.2013r.).
8. **Byłem(am) / nie byłem(am)\*** karany(a) zakazem dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r., o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 ,z późn.zm.)
9. 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; podać numer decyzji komisji.
10. Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117), zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
11. 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.
12. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.**
13. **Wszyscy pracownicy wskazani w pkt 13 Wniosku są zatrudnieni na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.**
14. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
15. **Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy m.st. Warszawy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**
16. **Zapoznałem się z Zasadami przyznawania pracodawcy środków rezerwy KFS obowiązującymi w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy w 2023r. i zobowiązuję się ich przestrzegać**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

*\* niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 8**

**Pełnomocnictwo – przykład**

………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**:

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisana/ny **upoważniam** Panią/Pana ……………………………………….. legitymującą/cego się dokumentem tożsamości rodzaj(\*): dowód osobisty/paszport/inny: jaki…………..., seria **….** numer **…………….**, zamieszkałej/łego w: **…………………**, ul. **…………………………**

do dokonywania w moim imieniu czynności faktycznych i prawnych związanych z Krajowym Funduszem Szkoleniowym w tym do:

- podpisania wniosku;

- składania wszelkich oświadczeń;

- podpisania umowy oraz

- wszelkich czynności związanych z realizacją umowy KFS.

Pełnomocnictwo jest ważne do **……………………………**.

Pełnomocnik nie jest umocowany do udzielania dalszych pełnomocnictw.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

(\*)niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 9**

…………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

**(tylko dla SPÓŁEK Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ)**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że wśród osób wskazanych do kształcenia we Wniosku Pracodawcy o przyznanie środków Krajowego Funduszu szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego:

1. **jest/nie ma(\*)** Prezes/a i Wiceprezes/a, i Członka Zarządu, który jest jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki;
2. **są/nie ma(\*)** członkowie/ów Zarządu, którzy są zatrudnieni w spółce na podstawie umowy o pracę.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

(\*)niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Działając w imieniu swoim, jak również przedsiębiorstwa, które reprezentuję, **oświadczam**, , że **nie podlegamy podlegam/nie podlegam wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia** na podstawie art. 5l1 rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującym sytuację na Ukrainie (Dz.Urz.UE nr L111 z 8.4.2022, str. 1), zm. rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014.

Jestem / nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście.

Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA:

[www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](http://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *………………………………………*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy, w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

1 art. 5l zawarty w Rozporządzeniu Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie „***zakazuje 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 rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną”****.*

**Załącznik nr 12**

…………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba wskazana **w tabeli nr 3 „Wykaz osób i zakres wsparcia” pod pozycją nr: …………** do kształcenia **w ramach priorytetu B**, tj. „Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności” spełnia warunki dostępu do tego priorytetu i ma orzeczoną niepełnosprawność:

* przez: ……………………………..…. (należy wpisać nazwę uprawnionej instytucji do wydania orzeczenia)
* nr orzeczenia: …………………………………………..
* z dnia (dd.mm.rrrr): ………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

**Załącznik nr 13**

…………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba wskazana **w tabeli nr 3„Wykaz osób i zakres wsparcia” pod pozycją nr: ……** do kształcenia **w ramach priorytetu E**, tj. „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” spełnia warunki dostępu do tego priorytetu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci należy złożyć czytelny podpis)* |

1. Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

   1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

   2) 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 jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.

   Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

   1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

   2) 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 jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.

   Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:

   1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

   2) 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 jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.

   Wyrażone w euro wielkości, o których mowa powyżej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy.

   Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty.

   Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

   W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę. [↑](#footnote-ref-2)