

13. Wielkość przedsiębiorcy *

- mikro - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro,
- małe - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro,
- średnie - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne nie przekraczają 50 mln euro i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro,
- duże.

II. Określenie wsparcia

1. Liczba osób ogółem, planowana do objęcia wsparciemw tym:

- liczba pracodawców
- liczba pracowników

2. Całkowita wysokość wydatków na działania w ramach kształcenia ustawicznego:

Wyszczególnienie kosztów	kwota
Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy	
Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: - przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawca nie uwzględnia innych kosztów, które ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.	
Wnioskowana wysokość środków z KFS: - starosta może przyznać środki z KFS w wysokości 80% kosztów, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika	
Średni koszt kształcenia na jednego uczestnika	

3. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego, których dotyczą wydatki i rodzaj wsparcia.

Wyszczególnienie– rodzaj wsparcia	Objęci wsparciem ogółem	Kobiety	Termin realizacji działania (od miesiąca..... do miesiąca.....)	Kwota
Kursy (nazwa kursu) 1..... 2.....			1..... 2.....	1..... 2.....
Studia podyplomowe (nazwa kierunku) 1..... 2.....			1..... 2.....	1..... 2.....
Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie kwalifikacji lub uprawnień zawodowych 1..... 2.....			1..... 2.....	1..... 2.....
Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu			1.....	1.....

* Właściwe zaznaczyć

1.....				
Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem				
Ogółem:				
Grypy wiekowe uczestników wsparcia:				
15-24 lata				
25-34 lata				
35-44 lata				
45 lat i więcej				

4. Uzasadnienie potrzeby odbycia poszczególnych form kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS*

wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w powiecie bełchatowskim zawodach deficytowych - **ilość osób**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmie nowych technologii i narzędzi pracy – **ilość osób**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wnioskodawca, który chce spełnić wymagania tego priorytetu powinien udowodnić, 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 technologie i systemy, a pracownicy objęci kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami. Na potwierdzenie powyższego należy dostarczyć jakikolwiek wiarygodny dokument np. kopię dokumentu zakupu, decyzję dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO itp. oraz logicznego i wiarygodnego uzasadnienia.

Wsparciem kształcenia ustawicznego w ramach tego priorytetu można objąć jedynie pracownika, który w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych/ na stanowisku pracy korzysta lub będzie korzystał z nowych technologii i narzędzi pracy.

wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej - **ilość osób**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Właściwe zaznaczyć

5. Informacje dotyczące realizatora usługi

Lp	Nazwa kształcenia ustawicznego	Realizator kształcenia ustawicznego (nazwa, adres siedziby, NIP)	Ilość godzin kształcenia ustawicznego	1) Cena wskazanej usługi oraz koszt osobogodziny ** 2) Informacja o cenie porównywalnych usług – (należy załączyć wypełniony załącznik Nr 6)	Czy realizator usługi kształcenia ustawicznego posiada: 1) Certyfikaty jakości oferowanych usług*** TAK NIE 2) w przypadku kursów nazwa dokumentu – na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego (proszę podkreślić i skomentować odpowiedź Tak lub podkreślić Nie):

a) Tak – jakie:

.....

.....

.....

• NIE

** Kwota nie zawiera podatku VAT - środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust.1, punkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych

*** Niepotrzebne skreślić

7. Czy wnioskodawca otrzymał środki KFS w latach 2016/2017*

TAK - w wysokości (zł).....

NIE

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy)

Do wniosku pracodawca załącza:

1. Kopie¹ dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).

W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczętkami imiennymi.

2. Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - **załącznik nr 2**.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (*dotyczy beneficjentów pomocy de minimis*) - **załącznik nr 3** (dostępny na stronie www.pupbelchatow.pl).
4. Programu kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu - **załącznik nr 4**.
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

UWAGA !

Wnioski nie zawierające dokumentów wskazanych od pozycji 1 do 5 pozostawia się bez rozpatrzenia

6. **Załącznik nr 1** – wykaz uczestników zgłoszonych przez Wnioskodawcę.
7. **Załącznik nr 5** – oświadczenie pracodawcy.
8. **Załącznik nr 6** - formularz porównywalnych ofert usługi kształcenia.
9. Kserokopia certyfikatów jakości oferowanych usług posiadanych przez wskazanych realizatorów kształcenia ustawicznego.

* Właściwe zaznaczyć

¹ Oryginały przedłożone do wglądu

Załącznik nr 1

L.p	Nazwisko i imię	Wiek uczestnika wsparcia	Poziom wykształcenia i zajmowane stanowisko pracy	Forma zatrudnienia/ rodzaj umowy Wymiar czasu pracy	Osoba wykonuje pracę w szkodliwych warunkach/ szczególnych warunkach TAK/NIE	Nazwa formy wsparcia	Okres realizacji formy wsparcia (od miesiąca do miesiąca.....).	Kwota za poszczególne formy wsparcia dla każdej osoby	Korzystał nie korzystał ze środków KFS w 2016/2017 r.

.....
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy)

Bełchatów, dnia

.....
(pieczęć pracodawcy)**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości otrzymanej pomocy de minimis**
O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że:

1. Jestem / nie jestem* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz.1808 z późn. zm.).
2. W przypadku odpowiedzi twierdzącej wypełnić poniższe oświadczenie.

Jako beneficjent pomocy publicznej spełniam warunki określone w**

- Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.1)
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.9)
- Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury. (t.j. Dz. U. UE. L. 2014. 190. 45).

1.Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)*** pomoc(y) de minimis. W przypadku otrzymania pomocy de minimis wnioskodawca załącza kopie wszystkich zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem) lub wypełnia poniższe oświadczenie:⁴

2.Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)** pomoc de minimis na podstawie Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.1) w łącznej kwocie, co stanowi euro.

3.Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)** pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.9) w łącznej kwocie, co stanowieuro.

4.Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)** pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (t.j. Dz. U. UE L. 2014. 190.45).w łącznej kwocie, co stanowi euro.

Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z powiatowym urzędem pracy, otrzymam pomoc de minimis.

Wiarygodność podanych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
pieczęć i podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć

⁴ art. 37 ust. 1, punkt 1 i ust. 2, punkt 1 i 2 ustawy z dn. 30.04.2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

/PIECZĄTKA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ/

PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO /lub ZAKRES EGZAMINU/ PROGRAM STUDIÓW PODYPLOMOWYCH *

Nazwa realizatora kształcenia		
Województwo	Miasto	Kod pocztowy
Ulica		Numer tel.
Numer fax.		E-mail
Miejsce – adres prowadzenia zajęć dydaktycznych		Miejsce – adres prowadzenia zajęć praktycznych
Nazwa kursu/ egzaminu/ kierunku studiów podyplomowych*		
<p>Czas trwania kształcenia i sposób organizacji Ilość godzin szkoleniowych/ zajęć edukacyjnych a) w godzinach ogółem, tym zajęcia teoretyczne, zajęcia praktyczne</p> <p>b) w tygodniach</p> <p>c) częstotliwości zajęć: razy w tygodniu po godzin dziennie</p> <p>Koszt szkolenia ogółem.....,</p> <p>Koszt na osobę / koszt osobogodziny.....</p> <p>Liczba osób w grupie 3. zajęcia teoretyczne:, 4. zajęcia praktyczne:, liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęcia praktycznych:</p>		
Wykaz literatury, niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych		
<p>Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia Najniższe wymagane wykształcenie</p> <p>1 – szkoła podstawowa <input type="checkbox"/> 3 - zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/> 5 – szkoła wyższa <input type="checkbox"/></p>		

* Niepotrzebne skreślić

2 – gimnazjum <input type="checkbox"/>	4 - szkoła średnia <input type="checkbox"/>	6– inne (jakie)
Umiejętności wymagane od kandydata		
Dodatkowe kwalifikacje		
Cele kształcenia ustawicznego		
Program kształcenia lub zakres egzaminu		
Opis nabytych kwalifikacji lub/ rodzaj uprawnień /typ dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia ustawicznego:		
Sposób sprawdzenia efektów kursu		
1 -praca końcowa <input type="checkbox"/>	3 – zaliczenie całego programu <input type="checkbox"/>	
2 – egzamin <input type="checkbox"/>	4 – frekwencja na zajęciach <input type="checkbox"/>	
5 – aktywność <input type="checkbox"/>	6 – inne (jakie)	

Oświadczam, że:

1.Oferowana cena kursu/studiów podyplomowych/egzaminu*:

a) nie zawiera podatku VAT,

b) nie zawiera kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem uczestników.

2. Posiadam/ nie posiadam certyfikat/ ty* jakości oferowanej usługi dotyczącej w/w działania (w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy załączyć kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem).

.....
(pieczęć i podpis upoważnionego przedstawiciela Instytucji Szkoleniowej)

Informacja

Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust.1, punkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych

* Niepotrzebne skreślić

Bełchatów, dnia r.

.....
(pieczęć pracodawcy)

O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że:

- a) **Posiadam/ nie posiadam*** zgodę/y pracowników, którzy zostaną objęci kształceniem ustawicznym na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (t.j. Dz. U. 2016 r., poz. 922) dla celów związanych z realizacją wniosku o przyznanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego dofinansowania kosztów kształcenia ustawicznego.
- b) **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu, przez PUP w Bełchatowie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (t.j. Dz. U. 2016 r., poz. 922).
- c) **Zalegam/ nie zalegam*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzenia pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, z opłacaniem podatków oraz innych danin publicznych.
- d) Koszt kształcenia ustawicznego **zawiera / nie zawiera*** koszty/ kosztów przejazdów, zakwaterowania i wyżywienia.
- e) **Ubiegam się /nie ubiegam *** się ośrodki KFS na kształcenie ustawiczne pracowników, pracodawcy objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
- f) **Pracodawca/pracownicy*** wskazani w niniejszym wniosku **przebywają/ nie przebywają*** na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych oraz nie są to osoby współpracujące.
- g) W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **zostałem / nie zostałem*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych jak również **jestem/ nie jestem*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
- h) **Jestem/nie jestem*** podatnikiem podatku od towarów i usług zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 r. poz.1221 z późn. zm.)
- i) Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia pracownika/ pracowników* co najmniej do dnia zakończenia przez niego/ nich * kształcenia ustawicznego

Wiarygodność podanych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
pieczęć i podpis wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

Powiatowy Urząd Pracy w Belchatowie

.....
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

FORMULARZ PORÓWNYWALNYCH OFERT USŁUGI KSZTAŁCENIA

I. Dane dotyczące firmy szkoleniowej

1. Nazwa firmy szkoleniowej	
2. Adres firmy szkoleniowej	
3. Numer telefonu	
4. NIP	

II. Posiadanie przez firmę szkoleniową certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego*

tak, proszę podać jakie:

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

nie

III. Posiadanie przez firmę szkoleniową dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego*

tak, proszę podać jaki:

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

nie

IV. Liczba godzin kształcenia ustawicznego

V. Koszt szkolenia:

1) całkowity koszt szkolenia.....złotych (słownie:),

2) koszt osobogodziny szkolenia.....złotych (słownie:).....

.....
* niepotrzebne skreślić

Powiatowy Urząd Pracy w Belchatowie

.....
(pieczęć instytucji szkoleniowej)

FORMULARZ PORÓWNYWALNYCH OFERT STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**I. Dane dotyczące podmiotu prowadzącego studia podyplomowe:**

1. Nazwa podmiotu prowadzącego studia podyplomowe	
2. Adres podmiotu prowadzącego studia podyplomowe	
3. Numer telefonu	
4. NIP	

II. Posiadanie przez podmiot prowadzący studia podyplomowe certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego*

tak, proszę podać jakie:

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

nie

III. Posiadanie przez podmiot prowadzący studia podyplomowe dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego*

tak, proszę podać jaki:

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

nie

IV. Liczba godzin studiów podyplomowych

V. Całkowity koszt studiów podyplomowych.....złoty (słownie:)

* właściwe zaznaczyć