

Warszawa, dnia ……………….

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

*pieczęć firmowa pracodawcy*

**Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy**

**- Urząd Pracy m.st. Warszawy**

## WNIOSEK

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

**na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2024r.**

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

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 stosowny dokument potwierdzający prowadzenie działalności na terenie Warszawy (jako 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 2024r. 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. Czy Pracodawca jest płatnikiem VAT?

□ TAK □ NIE

W przypadku płatników VAT wskazany poniżej rachunek powinien znajdować się w „Wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT, niezarejestrowanych oraz wykreślonych i przywróconych do rejestru VAT” (na tzw. białej liście).

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

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

**Uwaga:** Powyższy rachunek zostanie wskazany w umowie KFS, jako rachunek służący do wszelkich płatności związanych z jej realizacją. Z niego należy dokonać płatności za fakturę wystawioną przez realizatora działania.

1. **Czy wskazany w pkt 20 rachunek bankowy jest rachunkiem:**
	1. **oprocentowanym?** □ TAK □ NIE
	2. wpisanym na tzw. biała listę podatników VAT? □ TAK □ NIE
2. Osoba/y upoważniona/e ze strony pracodawcy do kontaktu z Urzędem

(może być więcej niż jedna):

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 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 KFS nie może obejmować kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem*.*

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

(właściwe zaznaczyć X):

🗌 kursy

🗌 studia podyplomowe

🗌 egzaminy

🗌 badania

🗌 ubezpieczenie NNW

**z uwzględnieniem poniższych priorytetów** **MRiPS** (właściwe zaznaczyć X):

* wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy (PM1);
* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych (PM2);
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych (PM3);
* wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych (PM4);
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej (PM5);
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia (PM6);
* wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców (PM7);
* wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach (PM8).

**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 KFS (łącznie liczba pracodawców i pracowników)** (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 zakwalifikować jej 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)** |
|   |   | / |   |   |   |   |   |
| **krótkie 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)** |
|   |   | / |   |   |   |   |   |
| **krótkie 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 ubezp. NNW, zaś jako nawę należy podać nazwę kursu/ studiów/egzaminu oraz rodzaj badań lub ubezpieczenia NNW zgodną z ofertą realizatora;\*\*\* należy podać nazwę priorytetu (od PM1 do PM8)\*\*\*\* należy podać 100% lub 80% wartości działań w zł na osobę (tj. 100% lub 80% kosztu jednostkowego działania) | planowane działania dla poszczególnych osób \*\* | Kwota wsparcia KFS **na danego pracownika** w zł \*\*\*\* |
| *"rodzaj i nazwa działania"* |
| 1 | **płeć** | **wykonywany zawód oraz zakres obowiązków** | RODZAJ (*niepotrzebne skreślić*):* kurs
* studia podyplomowe
* badania
* ubezpieczenie NNW

NAZWA DZIAŁANIA:…. |  |
|  |  |
| **priorytet\*\*\*** | **rodzaj umowy stanowiącej podstawę zatrudnienia** |
| RODZAJ UMOWY *(niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe):* * umowa o pracę
* umowa mianowania
* umowa wyboru
* umowa powołania
* spółdzielcza umowa o pracę
 |
| **plany dalszego zatrudnienia** |
|  |  |
| **miejsce świadczenia pracy (miejscowość )** | **uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem** |
|  |  |
| 2 | **płeć** | **wykonywany zawód oraz zakres obowiązków** | RODZAJ (*niepotrzebne skreślić*):* kurs
* studia podyplomowe
* badania
* ubezpieczenie NNW

NAZWA DZIAŁANIA:…. |  |
|  |  |
| **priorytet\*\*\*** | **rodzaj umowy stanowiącej podstawę zatrudnienia** |
| RODZAJ UMOWY *(niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe):* * umowa o pracę
* umowa mianowania
* umowa wyboru
* umowa powołania
* spółdzielcza umowa o pracę
 |
| **plany dalszego zatrudnienia** |
|  |  |
| **miejsce świadczenia pracy (miejscowość )** | **uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem** |
|  |  |

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

**(prosimy o zwięzłe, rzeczowe opisy):**

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 2024 rok priorytetami wydatkowania środków KFS określonymi przez MRiPS:
* wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy (PM1);

W przypadku tego priorytetu należy załączyć dokumenty potwierdzające jego spełnienie, np. dowód zakupu narzędzi pracy, wdrożenia nowej technologii lub oświadczenie o zamiarze jego spełnienia, zawierające niezbędne szczegóły (jako Załącznik nr 12).

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

* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych (PM2);

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

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych (PM3);

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

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

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

* wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych (PM4);

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

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej (PM5);

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

Pracodawca posiada oznaczenie przeważające działalności kodem PKD (2007) ………………

Oznaczenie przeważającej działalności kodem PKD powinno być ujawnione w CEIDG/KRS lub w bazie REGON, w przypadku Pracodawców nierejestrowanych w CEIDG/KRS. Pracodawcy, którzy nie są objęci obowiązkiem rejestracji w żadnym z ww. rejestrów, powinni załączyć stosowny dokument potwierdzający oznaczenie przeważającej działalności ww. kodem.

* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia (PM6);

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

* wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców (PM7);

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

* wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach (PM8);

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

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

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

1. Uzasadnienie terminu rozpoczęcia wnioskowanego kształcenia w przypadku, gdyby miało się ono rozpocząć w 2025r. (rozpoczęcie najpóźniej do 28.02.2025r.):

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

**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)* |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymaniu, bądź nie, pomocy de minimis (Załącznik nr 1).

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 (Załącznik nr 11).

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

1. Stosowny dokument potwierdzający spełnienie wymogu priorytetu PM1 (Załącznik nr 12).
2. Oświadczenie o spełnieniu wymogów priorytetu PM3 (Załącznik nr 13).
3. Oświadczenie o spełnieniu wymogów priorytetu PM6 (Załącznik nr 14).
4. Oświadczenie o spełnieniu wymogów priorytetu PM7 (Załącznik nr 15).

**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 ostatnich trzech lat 1):
* Pracodawca **nie otrzymał**\*środków stanowiących pomoc de minimis lub
* Pracodawca **otrzymał**\*środki stanowiące pomoc de minimis, wykazane poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  |  |  |  |
| **Łącznie w EUR** |  |

* że Pracodawca wraz z podmiotami powiązanymi w rozumieniu przepisów unijnych:
* **nie przekracza**\* przysługującego limitu środków, stanowiących pomoc *de minimis2)* lub
* **przekracza**\* przysługujący limit środków, stanowiących pomoc *de minimis2*).

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

*\* niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć prawidłowe*

Od 1.01.2024r. obowiązuje nowe rozporządzenie UE nr 2023/2831 o pomocy de minis, wg którego:

1. okresu 3 lat nie stanowi bieżący rok podatkowy i poprzedzające 2 lata podatkowe, ale minione 3 lata (3x365 dni),
2. limit pomocy w okresie 3 lat wynosi 300.000 EUR.

|  |
| --- |
| **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 / studiów podyplomowych / zdaniu egzaminu** **oraz podstawa prawna określająca wzór dokumentu (w przypadku braku podstawy prawnej, określającej wzór dokumentu, dołączyć wzór dokumentu)** |
|   |
| **Cena kursu w zł / egzaminu netto na jednego uczestnika w zł / cena za osobogodzinę w zł** |
|  |
| **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:**…………………….…………, NIP: ……………… (nazwa)…………………………….…(adres siedziby) |  |  |

**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 2023/2831 z dnia 13.12.2023r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023).
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 24.12.2013, z późn.zm.).
7. **Podlegam /nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2832 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis przyznawanej przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym (Dz. Urz. UE L 2023/2832 z 15.12.2023).
8. **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 190 z 28.06.2014, z późn. zm.).
9. **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 2023r. poz. 1270, z późn.zm.)
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.**
14. **Wszyscy pracownicy wskazani w pkt 13 Wniosku są zatrudnieni na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.**
15. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
16. **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.**
17. **Zapoznałem się z Zasadami przyznawania pracodawcy środków KFS obowiązującymi w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy w 2024r. 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: ………….,

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,

- 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)* |

**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 / Wiceprezes/a / 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 Pracodawcy, którego reprezentuję, **oświadczam**, że:

- **podlegamy\* / nie podlegamy\***

**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,

oraz

- **jesteśmy\* / nie jesteśmy**\*

związani 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/am 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)* |

*\*właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne skreślić*

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 13**

…………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

**dot. PM3**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba wskazana w tabeli nr 3 „Wykaz osób i zakres wsparcia” w poz. nr. ……… spełnia warunki kształcenia w ramach priorytetu PM3, tj. „Wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych”, gdyż:

🗌 jest osobą powracającą na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem\*, która powróciła do pracy dnia: ………….. (należy podać w formacie DD-MM-RRR)

lub

🗌 jest osobą\*:

🗌 będącą członkiem rodziny wielodzietnej\*, posiadającej Kartę Dużej Rodziny nr ……….,

lub

🗌 będącą członkiem rodziny wielodzietnej\* spełniającą warunki posiadania Karty Dużej Rodziny\*.

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

\*właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 14**

…………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

**dot. PM6**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba wskazana w tabeli nr 3 „Wykaz osób i zakres wsparcia” w poz. nr. ……… ukończyła 45 r.ż. i spełnia warunki kształcenia w ramach priorytetu PM6, tj. „Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia”.

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

**Załącznik nr 15**

…………………………….

(miejscowość i data)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

**dot. PM7**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że Pracodawca zatrudnia cudzoziemców i spełnia warunki kształcenia w ramach priorytetu PM7, tj. „Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….**(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)