

.....  
(pieczęć wnioskodawcy)

.....  
(data)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Mońkach**

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

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
3. Rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
4. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

**WNIOSEK MOŻE BYĆ ZŁOŻONY NAJPÓŹNIEJ 3 TYGODNIE  
PRZED ROZPOCZĘCIEM KSZTAŁCENIA.**

**PROSIMY O SAMODZIELNE UZUPEŁNIANIE WNIOSKU  
W PRZYPADKU PYTAŃ I WĄTPLIWOŚCI PROSIMY O KONTAKT Z URZĘDEM:  
TEL. 85 727 87 10 E-MAIL: BIMO@PRACA.GOV.PL**

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

## 2. SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH DOFINANSOWANIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

Lp.	Forma kształcenia ustawicznego	Nazwa	Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem			Nazwa realizatora, miejsce i termin realizacji	Forma kształcenia (stacjonarna, online, inna)	Koszt kształcenia jednego uczestnika w zł	Całkowity koszt kształcenia
			Ogółem	w tym kobiety	w tym pracodawcy				
1	Kurs								
2	Studia podyplomowe								
3	Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potw. nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień								
4	Badania lekarskie i psychologiczne								
5	Ubezpieczenie od NNW w związku z podjętym kształceniem								
<b>SUMA</b>									



..... .....
Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia ustawicznego i jego usługi w odniesieniu do innych podobnych ofert (dodatkowo do wniosku <b>należy</b> dołączyć co najmniej 1 kontrofertę) :
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Informacje o planach odnośnie dalszego zatrudniania osób objętych kształceniem ustawicznym (proszę o wskazanie planowanego dalszego okresu zatrudnienia):
..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

**DO WNIOSKU NALEŻY OBOWIĄZKOWO DOŁĄCZYĆ:**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy)

**Opinia Komisji:**

Po rozpatrzeniu wniosku i ewentualnych wyjaśnień pracodawcy, proponujemy

Nie przyznać / przyznać środki

na kształcenie ustawiczne z KFS w wysokości: .....

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

(podpisy członków komisji)

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach**

Nie przyznaję / Przyznaję środki

na kształcenie ustawiczne z KFS w wysokości: .....

.....

(podpis Dyrektora)

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, co następuje:

1. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* rozporządzenia MPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
5. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023 r.)
6. Oświadczam, że ciąży\*/ nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
7. Zostały / Nie zostały podpisane umowy z pracownikami wymienionymi we wniosku, określające prawa i obowiązki pracownika i pracodawcy związane z ich udziałem w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
8. Umowy te znajdują się w dyspozycji Pracodawcy, który zobowiązuje się do ich przedstawienia na każde żądanie Starosty.
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 24 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
10. **Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.**
11. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

\* niepotrzebne skreślić

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

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

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

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

\*- właściwe zaznaczyć

L.p.	Data udzielenia pomocy	Nr umowy	Nazwa instytucji udzielającej pomocy	Kwota w euro netto/brutto	Cel przeznaczenia pomocy
<b>OGÓŁEM</b>					

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



**Załącznik nr 3****Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Lp.	Imię i Nazwisko	Stanowisko	Zgodność z priorytetami (należy wskazać numer priorytetu KFS z którego finansowane ma być kształcenie)	Poziom wykształcenia					15-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45 lat i więcej	Osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze TAK/NIE*	Okres trwania umowy o pracę od ...do
				Gimnazjalne	Zasadnicze zawodowe	Średnie ogólne	Policealne i średnie zawodowe	Wyższe						
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														

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

**Załącznik nr 4**

**Oświadczenie pracownika**

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko, PESEL)

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

**Oświadczenie pracownika**

Ja niżej podpisany/a .....  
(imię i nazwisko, PESEL)

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)





### HARMONOGRAM SZKOLENIA

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

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