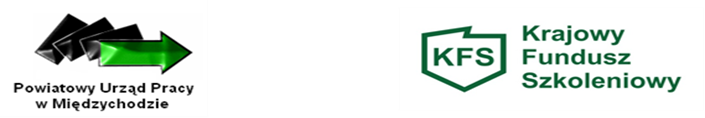
Załącznik nr 1 do Zasad przyznawania pracodawcom środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie



………………………………………………

(Miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. 17 Stycznia 143**

**64-400 Międzychód**

PUP.CAZ-5401-…………./2021

(nr sprawy nadany przez PUP)

**WNIOSEK**

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

na podstawie Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409 z późn. zm) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018 r., poz. 117)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Międzychodzie.
2. Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy jest Pani Agnieszka Krupa-Sokołowska, *e-mail* iod@miedzychod.praca.gov.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla celów wynikających z Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U 2018 poz. 1000 ze. zm.).
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach wskazanych w pkt 3, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt 3, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji złożonego przez Pana/Panią wniosku.

**1. DANE WNIOSKODAWCY**

Nazwa Wnioskodawcy: …………………………………………………………………………………………..

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

Adres siedziby: …………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko Pracodawcy: …………………………………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego: ……………………………… e-mail:………………………………................

Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej: ………………………………………………………………...

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

REGON: …………………………………………………NIP: …………………………………………………

Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD:

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

Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku, w przeliczeniu na pełen etat: …………………

Wielkość przedsiębiorcy:

**🞏 mikroprzedsiębiorca**

Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 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.

**🞏 mały przedsiębiorca**

Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz 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.

**🞏 średni przedsiębiorca**

Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych  zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz 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.

**🞏 inny,** nie mieszczący się w kategoriach wymienionych powyżej

Osoba uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………

Stanowisko służbowe: ……………………………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………………………...

Stanowisko służbowe: ……………………………………………………………………………………….

Numer konta bankowego Pracodawcy:

**\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem:

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu: …………………………………….e-mail: …………………………………………………………

Czy Wnioskodawca otrzymał wcześniej środki KFS?

2014 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2015 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2016 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2017 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2018 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2019 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2020 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

**2. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

Nazwa kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………...

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

Termin realizacji: …………………………………………………………………………………………………

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

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

Miejsce kształcenia: ………………………………………………………………………………………………

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

Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego: …………………………………………….

w tym:

* kwota wnioskowana z KFS : …………………………………………………………………………....
* kwota wkładu własnego: ………………………………………………………………………………
* średni koszt kształcenia na jednego uczestnika: …………………………………………………………

**UWAGA! wysokość wsparcia:**

* + **80%** kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje pozostałe 20% kosztów;
  + **100%** kosztów kształcenia ustawicznego sfinansowane z KFS – jeśli pracodawca jest **mikroprzedsiębiorcą,** nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** | **TERMIN REALIZACJI** | **KOSZT**  **OGÓŁEM** | **LICZBA OSÓB** | | | | **KOSZT NA JEDNEGO UCZESTNIKA** |
| **PRACODAWCY** | | **PRACOWNICY** | |
| **RAZEM** | **KOBIETY** | **RAZEM** | **KOBIETY** |
| Kursy |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie  i/lub psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb Pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowaniem tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |  |  |  |

**3. INFORMACJA O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie – rodzaj wsparcia** | | **Liczba pracodawców** | | **Liczba pracowników** | |
| razem | w tym kobiety | razem | w tym kobiety |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |  |
| Według rodzajów  wsparcia | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 54lat i więcej |  |  |  |  |
| Według  wykształcenia | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| Według wykonywanych zawodów | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prac proste |  |  |  |  |

Łączna liczba osób korzystających z kształcenia ustawicznego: ……………… w tym kobiet ………………..

**Kierunki kształcenia ustawicznego finansowanego z KFS zgodnie z priorytetami na rok 2021**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Priorytety Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Limit KFS)** | **PRACODAWCA** | | **PRACOWNIK** | | Kwota dofinasowania w ramach wnioskowanego priorytetu |
| **LICZBA UCZESTNIKÓW** | | | |
| **ogółem** | **w tym kobiet** | **ogółem** | **w tym kobiet** |
| 1**.** wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność |  |  |  |  |  |
| **2.**wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby |  |  |  |  |  |
| 3.wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych |  |  |  |  |  |
| 4. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia |  |  |  |  |  |
| 5.wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem |  |  |  |  |  |
| 6.wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych |  |  |  |  |  |
| 7.wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości |  |  |  |  |  |
| 8.wsparcie realizacji szkoleń dla 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 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Priorytety Rady Rynku Pracy (Rezerwa KFS)** | **PRACODAWCA** | | **PRACOWNIK** | | Kwota dofinasowania w ramach wnioskowanego priorytetu |
| **LICZBA UCZESTNIKÓW** | | | |
| **ogółem** | **w tym kobiet** | **ogółem** | **w tym kobiet** |
| **a)**wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców |  |  |  |  |  |
| **b)**wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej |  |  |  |  |  |
| **c)** 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 |  |  |  |  |  |
| **d)**wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowe |  |  |  |  |  |
| **e)**wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności |  |  |  |  |  |
| **f)** wsparcie kształcenia ustawicznego osób dorosłych w nabywaniu kompetencji cyfrowych |  |  |  |  |  |

**4. UZASADNIENIE WNIOSKU**

Uzasadnienie potrzeb odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb Pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS, a w przypadku środków z rezerwy KFS - dodatkowo priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS:.……………….……………....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS: …………………………………………………………………………………

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. DANE DOTYCZĄCE REALIZATORA USŁUGI**

Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: …………………………………………………………………………

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

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

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

Nazwa i siedziba realizatora usługi: ……………………………………………………………………………...

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

…………………………………………………………………………………………………………………….NIP: ………………………………………………… REGON: …………………………………………………

Posiadane certyfikaty jakości oferowanych usług: ……………………………………………………………….

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

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

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

Forma i nazwa kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………..

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

Liczba godzin kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………...

Cena usługi: w przeliczeniu na 1 osobę: …………………………….. oraz łącznie: ……………………………

**UWAGA! W cenę kształcenia ustawicznego nie należy wliczać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem uczestników kształcenia jak i innych dodatkowych kosztów.**

Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego** | **Nazwa oraz siedziba realizatora usługi** | **Cena** |
| 1. |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2. |  |  |
|  |  |
|  |  |

**UWAGA! Jeżeli Wnioskodawca ubiega się o sfinansowanie kilku form kształcenia ustawicznego powyższe informacje przedstawić należy oddzielnie dla każdej formy, oznaczając je kolejno 1, 2, 3…itd.**

**6. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, co następuje:

1. **Zatrudniam / nie zatrudniam** co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą).
2. **Zalegam / nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracowników.
3. **Zalegam / nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłaceniem składek na ubezpieczenie, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczychoraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. **Zalegam / nie zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłaceniem podatku do Urzędu Skarbowego oraz innych danin publicznych.
5. **Posiadam / nie posiadam** w dniu złożenia wnioskunieuregulowane/nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. **Byłem / nie byłem** karany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy.
7. **Jestem / nie jestem** objęty postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
8. Planowane działania kształcenia ustawicznego powierzone zostaną do realizacji podmiotowy, z którym nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy, polegające w szczególności na :

**-** uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

- posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,

- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,

- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub

powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do

drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;

1. Osoba/y, której/których dotyczy dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego **nie spełnia/ją** definicji osoby/osób współpracującej/współpracujących zgodnie z art. 8 ust 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, tzn. dofinansowanie nie obejmuje małżonka, dzieci własnych lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobionych, rodziców oraz macochy i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności
2. Jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Międzychodzie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis, zobowiązuje się wówczas do niezwłocznego złożenia stosownego oświadczenia i uzyskanej pomocy.
3. Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Międzychodzie zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
4. Zapoznałem się z Zasadami przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników oraz pracodawców z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie.
5. Pracownicy wyrazili zgodę na przekazanie swoich danych osobowych do Powiatowego Urzędu Pracy w Międzychodzie dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie finansowania działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
6. Pracownicy wskazani we wniosku oraz osoba wskazana do kontaktu zostali zapoznani z treścią Klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie.

…………………………………………….

(data, podpis i imienna pieczątka Pracodawcy lub osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Pracodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. (**Załącznik nr 1**)
2. Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis. (**Załącznik nr 2 lub Załącznik nr 3)**
3. Wykaz osób objętych kształceniem ustawicznym. (**Załącznik nr 4)**
4. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dla pracowników**. (Załącznik nr 5)**
5. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (oddzielnie dla każdej formy kształcenia ustawicznego.
6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego (oddzielnie dla każdej formy kształcenia ustawicznego).
7. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) np. 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).
8. W przypadku gdy Pracodawcę lub Przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo 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 lub Przedsiębiorcy muszą być czytelna lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
9. W przypadku, gdy pracodawca deklaruje skorzystanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w ramach **priorytetu 1**, do wniosku musi być załączone **oświadczenie pracodawcy** mówiące o konieczności nabycia nowych umiejętności lub kwalifikacji w związku z rozszerzeniem/ przekwalifikowaniem obszaru działalności z powołaniem się na odpowiedni przepis (tu art. 46a i art. 46b pkt 1-6 i 8-12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz 1845 i 2112)