Załącznik nr 1 do Zasad przyznawania pracodawcom środków z Rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego

przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie

## Z:\wspolny_pulpit\KFS\logo-KFS-pole ochronne.jpg

………………………………………………

 (Miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. 17 Stycznia 143**

**64-400 Międzychód**

PUP.CAZ-5401-……………./2024

 (nr sprawy nadany przez PUP)

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z REZERWY 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 2024 r. poz. 475

z późn. zm) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018 r., poz. 117)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE z 2016 r., seria L, nr 119) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych jest Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie reprezentowany przez Dyrektora, siedziba w Międzychodzie, ul. 17 Stycznia 143, e-mail: **iod@miedzychod.praca.gov.pl**;
2. Inspektorem Ochrony Danych jest **Agnieszka Krupa-Sokołowska**;
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z przepisów prawa – zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe mogą być przetwarzane przez okres wynikający z kategorii archiwalnej (okres przechowywania dokumentacji, zgodnie z zał. Nr 3 do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych);
6. Każdy ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich poprawiania
i sprostowania;
7. Każdy, którego dane osobowe są przetwarzane w Powiatowym Urzędzie Pracy
w Międzychodzie, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie jego danych naruszałoby przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 26 kwietnia 2016r. (RODO);
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem ustawowym. Każdy zainteresowany zobowiązany jest do podania swoich danych osobowych, których zakres wynika
z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą profilowane.

**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

2021 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2022 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

2023 r. 🞏 TAK – w wysokości: ……………………………………….zł 🞏 NIE

**2. PRIORYTETY REZERWY KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO, Z KTÓRYCH PRACODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 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 niepełnoprawności |  |  |  |  |  |
| 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 w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/ planach rozwoju |  |  |  |  |  |

**3. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM**

**REZERWY KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

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

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

2. Termin realizacji: ………………………………………………………………………………………………………….

3.Miejsce kształcenia: ………………………………………………………………………………………………………..

4. Sposób realizacji kształcenia: stacjonarnie on-line (w czasie rzeczywistym)

5. Sposób organizacji zajęć: zajęcia indywidualne zajęcia grupowe

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.

**Przy wyliczaniu wkładu własnego Pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które Pracodawca 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.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** | **TERMIN REALIZACJI** | **KOSZT****OGÓŁEM** | **LICZBA OSÓB** | **KOSZT NA JEDNEGO UCZESTNIKA** |
| **PRACODAWCY** | **PRACOWNICY** |
| **RAZEM** | **KOBIETY** | **RAZEM** | **KOBIETY** |
| Kurs:  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |

**4. 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 | Kurs |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW  |  |  |  |  |
| 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  |  |  |  |  |
| 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 ………………..

**4. UZASADNIENIE WNIOSKU**

Uzasadnienie potrzeb odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb Pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków Rezerwy KFS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. DANE DOTYCZĄCE REALIZATORA USŁUGI**

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

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

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

Posiadane certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (np. certyfikaty systemów jakości, akredytacja) , a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego : ………………………………………………………………………………...............................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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** | **Liczba godzin** |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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. Jestem Pracodawcą w rozumieniu art.2 ust. 1 pkt 25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2024 roku poz. 475 z późn.zm.) i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
2. Mam świadomość iż moi pracownicy, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, powinni zachować status pracownika u mnie przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego.
3. **Jestem / nie jestem** \*mikroprzedsiębiorcą.
4. **Jestem/ nie jestem** beneficjentem pomocy publicznej (zgodnie z art. 2 pkt.16 ustawy z dnia 30 kwietna 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2018 r.,
poz. 362 ze zm.)
5. **Spełniam warunki \*):**
* **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*, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę 200 tys.€, a w przypadku przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie drogowego transportu towarów – 100 tys. €.**
* **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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 15 tys. €.**
* **rozporządzenia Komisji (WE) 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 30 tys. €.**
1. Przyznanie środków z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art.69b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
2. Mam świadomość obowiązku zawarcia z pracownikami, którym kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków KFS umowy, o której mowa w art.69b ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. Zapoznałem się z art.69 a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego z późniejszymi zmianami oraz Zasadami przyznawania pracodawcom środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie
4. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o których mowa w art.69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego z późniejszymi zmianami.
5. Oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z wykonawcą usługi kształcenia.

Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy a wykonawcą usługi kształcenia, 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 z 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. Osoba wskazana do kontaktu została zapoznana z treścią Klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie.

**\*Niepotrzebne skreślić**

 ………………………………………………………………..

 (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, Załącznik nr 2A lub Załącznik nr 3)**
3. Oświadczenie Pracodawcy o zawarciu z pracownikami umów o kształcenie ustawiczne **(Załącznik nr 4)**
4. Wykaz osób oraz działań objętych kształceniem ustawicznym. (**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 czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
9. Oświadczenie/a potwierdzające spełnienie wskazanego priorytetu/ów **(Załącznik 6.A, Załącznik 6.B, Załącznik 6.C, Załącznik 6.D, w zależności od wskazanego/nych priorytetu/ów)**
10. Zgoda uczestnika/ków na przetwarzanie danych osobowych **(Załącznik nr 7)**