

…………………………………….

(pieczęć Pracodawcy)

…………………………………….

(data wpływu wniosku do PUP w Białymstoku)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Białymstoku**

**ul. Pogodna 63/1**

**15-365 Białystok**

**WNIOSEK**

**O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

*Na zasadach określonych art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz.U. z 2023 r. poz. 735 z późn.zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz.U.   
z 2018 poz. 117).*

**INFORMACJA:**

* + - 1. W celu właściwego wypełnienia *Wniosku* należy zapoznać się z ***Regulaminem finansowania ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców***.
      2. *Wniosek* należy wypełnić czytelnie **–** komputerowo, maszynowo lub wyraźnym (np. drukowanym) pismem.
      3. Na wszystkie zawarte we *Wniosku* pytania należy udzielić starannej, precyzyjnej odpowiedzi. Będą one podstawą do jego oceny.
      4. Sam fakt złożenia *Wniosku* nie gwarantuje otrzymania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
      5. Prawidłowo wypełniony, kompletny i złożony w określonym przez Urząd terminie *Wniosek* będzie rozpatrzony w terminie do 30 dni od dnia złożenia lub poprawienia.
      6. *Wniosek* pozostawia się bez rozpatrzenia w przypadku:

1. niepoprawienia *Wniosku* we wskazanym terminie;
2. niedołączenia do *Wniosku* załączników wymaganych zgodnie z § 5 ust. 2 w/w rozporządzenia;
3. gdy *Wniosek* wpłynie w terminie innym, niż wskazany przez Urząd;
4. *gdy Wniosek* zostanie złożony przed rozliczeniem umowy zawartej na podstawie poprzednio złożonego *Wniosku*.
   * + 1. Od sposobu rozpatrzenia *Wniosku* odwołanie nie przysługuje.
5. **DANE PRACODAWCY**

I.1. Nazwa Pracodawcy ………………………………………………………………………………...

I.2. Adres siedziby Pracodawcy ………………………………………………………………………..

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

I.3. Telefon ……………………..….….…… e-mail …………………………………………….………

I.4. Dane osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy [[1]](#footnote-1)

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

Stanowisko …………………………………………………………………………………………….

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

Stanowisko ………………….……………………………………………………………………….

I.5. Miejsce prowadzenia działalności [[2]](#footnote-2) ……………………………………………………………….

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

I.6. NIP ………………….……………………… REGON …..……….………………….….………..…

CDIEG / KRS ……………………………………………………………………………………….[[3]](#footnote-3)

I.7. Adres do korespondencji ………………………..……………………………………………………

I.8. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) ……………………….………….……………………...

Opis działalności [[4]](#footnote-4)………………………………………………….………………………………...

I.9. Liczba zatrudnionych pracowników - ……….... [[5]](#footnote-5).

I.10. Dane osoby upoważnionej do kontaktów w sprawie KFS

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

Telefon ……………….……………..… e-mail ……………………………………………………..

I.11. Nazwa banku i nr konta bankowego Pracodawcy, na które mają być przekazane środki KFS..…………………………………….………………………..………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  |

1. **WYSOKOŚĆ WYDATKÓW NA DZIAŁANIA** (wymienione w pkt III)

**II.1.** **Całkowita wysokość wydatków ………………………………………………………. zł**

**(słownie: …………………………………………………………………………….………..)**

**II.2. Wysokość wkładu własnego ………………………………………………….…….…. zł**

**(słownie: ………………………………………………………………………………….…..)**

**II.3. Środki z KFS w wysokości ……………………………………………………………. zł**

**(słownie: ………………………………………………………………………………….…..)**

**zostaną przeznaczone na kształcenie ustawiczne zgodnie z priorytetami wydatkowania limitu środków KFS ustalonymi przez Ministra właściwego ds. pracy**, tj. na (*jeden uczestnik powinien zostać zakwalifikowany wyłącznie do jednego priorytetu)*: [[6]](#footnote-6)

* I. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy w wysokości ………………..……… zł dla …… osób;
* II. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych w wysokości ………………… zł dla …… osób;
* III. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych w wysokości ……………… zł dla …… osób;
* IV. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych w wysokości ……..……… zł dla …… osób;
* V. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej   
  w wysokości ………..……… zł dla …… osób[[7]](#footnote-7);
* VI. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia w wysokości ………………..……… zł dla …… osób;

 VII. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców w wysokości …………………… dla ……. osób;

 VIII. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach w wysokości ………………… dla ……. osób.

1. **INFORMACJA O DZIAŁANIACH OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE FINANSOWANYCH Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KFS**

**III.1. Informacje o uczestnikach**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | | Osoby w wieku 15 - 24 lata | | Osoby w wieku 25 - 34 lata  (w tym osoby do 30 r.ż.) | | Osoby w wieku 35 - 44 lata | | Osoby w wieku 45 lat i więcej (w tym osoby po 50 r.ż.) | |
| Liczba osób | | | | | | | |
| razem | kobiety | razem | kobiety | razem | kobiety | razem | kobiety |
| pracownicy | Kursy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie  i psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| pracodawcy | Kursy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcy |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Objęci wsparciem ogółem** | |  |  |  |  |  |  |  |  |

**III.2. Informacja o działaniach finansowanych z udziałem środków KFS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Forma wsparcia[[8]](#footnote-8);[[9]](#footnote-9)** | **Nazwa**  **i ilość godzin** | **Nazwa i adres  realizatora** | **Planowany termin realizacji**  **(od… do….)** | **Liczba pracowników** | **Liczba pracodawców** | **Koszt** | |
| **ogółem** | **w tym**  **jednej osoby** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**III.3. UZASADNIENIE** potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS.

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

**III.4. Wykaz osób objętych działaniami finansowanymi ze środków KFS[[10]](#footnote-10)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko[[11]](#footnote-11)** | **Nazwa stanowiska lub wykonywanego zawodu [[12]](#footnote-12)** | **Podstawa, wymiar czasu pracy i okres zatrudnienia[[13]](#footnote-13)** | **Działania w ramach KFS[[14]](#footnote-14)** | **Zawód którego dotyczy kształcenie[[15]](#footnote-15)** | **Wskazanie priorytetu wydatkowania[[16]](#footnote-16)**  **limitu KFS** | **Koszt kształcenia ustawicznego  na jedną osobę** | | **Plany dotyczące  dalszego zatrudnienia** |
| **ogółem** | **w tym**  **KFS** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego   
   w związku z ubieganiem się o sfinansowanie kształcenia ze środków KFS** *(wypełnia wnioskodawca jeśli dotyczy)*

IV.1. Nazwa i adres realizatora diagnozy potrzeb szkoleniowych ……………………………………… …………………………………………………………………………………………………………..

IV.2 Planowany termin realizacji: od………………..…….. do……………………..….

IV.3 Liczba pracowników: ………………………………...

IV.4 Liczba pracodawców: ………………………………..

IV.5 Koszt usługi ………………………………………….

IV.6 Uzasadnienie potrzeby wykonania diagnozy oraz uzasadnienie wyboru realizatora diagnozy …………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………….………………………………….

1. **OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

**V.1.** Oświadczam, że w/w rachunek bankowy jest /nie[[17]](#footnote-17) jest oprocentowany.

**V.2.** Oświadczam, że **zapoznałam/em się** z *Klauzulą informacyjną nr 3 tj. Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Białymstoku dla pracodawców   
i przedsiębiorców* a osoby wymienione w pkt III.4 niniejszego *Wniosku* **zapoznam/em**   
z *Klauzulą informacyjną nr 5, tj. Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych dla osoby pozyskanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Białymstoku w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą* dostępnymi na stronie www Urzędu: www.bialystok.praca.gov.pl oraz   
w Biuletynie Informacji Publicznej https://pupbialystok.bip.gov.pl.

**V.3.** Oświadczam, że **nie jestem** powiązany kapitałowo lub osobowo z podmiotem realizującym usługi wskazane w pkt III.2. niniejszego *Wniosku* .

**V.4.** Oświadczam, że zgodnie z posiadanymi przeze mnie informacjami, osoby wymienione   
w pkt III.4. niniejszego *Wniosku* **korzystają / nie korzystają**[[18]](#footnote-18)w bieżącym roku   
z dofinansowania ze środków KFS kształcenia ustawicznego.

**V.5.** Oświadczam, że **ubiegam się / nie ubiegam się** [[19]](#footnote-19) w innym powiatowym urzędzie pracy   
o środki KFS na kształcenie ustawiczne osób wymienionych w pkt III.4. niniejszego *Wniosku.*

**V.6.** Oświadczam, że **prowadzę / nie prowadzę** [[20]](#footnote-20) działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej.

**V.7.** Oświadczam, że **jestem**[[21]](#footnote-21).

**mikroprzedsiębiorcą**

**małym przedsiębiorcą**

**średnim przedsiębiorcą**

**dużym przedsiębiorcą**

**V.8.** Oświadczam, że wśród osób wymienionych w pkt III.4. niniejszego *Wniosku* **nie ma osób współpracujących** w prowadzeniu działalności gospodarczej.[[22]](#footnote-22)

**V.9.** Oświadczam, że w okresie minionych trzech latach: [[23]](#footnote-23)

* **nie otrzymałem(am) pomocy de minimis**
* **otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości …………… euro** [[24]](#footnote-24)

**V.10.** Forma prawna: ……………………...…………………………………………………..[[25]](#footnote-25)

**V.11.** Forma opodatkowania: [[26]](#footnote-26)

* karta podatkowa
* pełna księgowość …………………
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych % …………………
* zasady ogólne: opodatkowanie wg skali podatkowej (………..) ………………
* zasady ogólne: opodatkowanie wg stawki liniowej …………

………………………, dnia ……..2024 r. ............................................................

(miejscowość) Podpis Pracodawcy

**W załączeniu przedstawiam …………. Załączników, tj.: [[27]](#footnote-27)**

1. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis*stanowiący załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie   
   w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis   
   (Dz. U. poz. 1543) – załącznik nr 1. [[28]](#footnote-28)
2. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy albo oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w ciągu minionych trzech lat - załącznik nr 2.
3. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności   
   *(w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji   
   o Działalności Gospodarczej).*
4. Uzasadnienie wyboru realizatora usług finansowanych ze środków KFS – załącznik nr 3.
5. Program kształcenia sporządzony oddzielnie dla każdego z wnioskowanych kursów lub studiów podyplomowych – załącznik nr 4.[[29]](#footnote-29)
6. Zakres egzaminu sporządzony oddzielnie dla każdego z wnioskowanych egzaminów – załącznik   
   nr 5.[[30]](#footnote-30)
7. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących, dla każdej z wnioskowanych form kształcenia ustawicznego.
8. Dokumenty potwierdzające, że w ciągu jednego roku przed złożeniem *Wniosku* zostały zakupione (np. kopia dokumentu zakupu) lub w ciągu trzech miesięcy po złożeniu *Wniosku* zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia (np. nazwa, rodzaj, parametry i termin zakupu), bądź będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy (np. kopia decyzji o wprowadzeniu norm ISO) wraz z oświadczeniem, że osoba, która będzie odbywać wnioskowaną formę kształcenia ustawicznego, będzie wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami - dot. priorytetu nr I wydatkowania środków limitu KFS.
9. Oświadczenie, że osoba, która będzie odbywać wnioskowaną formę kształcenia ustawicznego,   
   powraca na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem lub oświadczenie, że osoba, która będzie odbywać wnioskowaną formę kształcenia ustawicznego na dzień złożenia niniejszego *Wniosku* jest członkiem rodziny wielodzietnej posiadającej Kartę Dużej Rodziny lub spełniającej warunki jej posiadania - dot. priorytetu nr III wydatkowania środków limitu KFS.
10. Oświadczenie, że pracownicy będący cudzoziemcami, którzy będą odbywać wnioskowaną formę kształcenia ustawicznego posiadają zezwolenie na prace obejmujące okres tego kształcenia.

**Brak oświadczeń i dokumentów, o których mowa w ust. 8 – 10 będzie traktowany jako nie spełnianie przez wnioskodawcę priorytetów, których te dokumenty dotyczą.**

**Uwaga!**

***Wniosek*, do którego nie dołączono**:

1. *formularza informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis*stanowiącego załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się   
   o pomoc de minimis (Dz. U. poz. 1543).;
2. oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w ciągu trzech lat lub potwierdzonych za zgodność z oryginałem kserokopii zaświadczeń o otrzymanej pomocy*;*
3. kopii dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności   
   *(w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji*

*o Działalności Gospodarczej*);

1. programu kształcenia lub zakresu egzaminu dla każdej z wnioskowanych form kształcenia ustawicznego (kurs, studia podyplomowe, egzamin);
2. wzoru dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących, dla każdej z wnioskowanych form kształcenia ustawicznego (kurs, studia podyplomowe, egzamin)

**pozostaje bez rozpatrzenia** na podstawie § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 117).

1. Dane osoby (osób), która zgodnie z dokumentem rejestracyjnym (ewidencyjnym) lub stosownym pełnomocnictwem (udzielonym przez osobę lub osoby upoważnione do reprezentowania Pracodawcyzgodnie z dokumentem rejestracyjnym lub ewidencyjnym) jest upoważniona do reprezentowania Pracodawcy i podpisywania umów, w tym zaciągania zobowiązań finansowych**.** Pełnomocnictwo należy dołączyć do *Wniosku*. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pracodawca powinien posiadać w CEIDG lub KRS adresy siedziby lub miejsca wykonywania działalności zgodne z właściwością miejscową Powiatowego Urzędu Pracy w Białymstoku. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić i podać numer KRS. [↑](#footnote-ref-3)
4. Czym się zajmuje Pracodawca. Jaki produkt lub usługę oferuje? [↑](#footnote-ref-4)
5. Należy podać liczbę pracowników, którzy u Pracodawcy świadczą pracę na podstawie:

   stosunku pracy, tj. zatrudnionych zgodnie z kodeksem pracy, na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru,   
   mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę,

   stosunku służbowego,

   umowy o pracę nakładczą. [↑](#footnote-ref-5)
6. Właściwe zaznaczyć oraz podać wysokość wsparcia ze środków KFS i liczbę osób. [↑](#footnote-ref-6)
7. O przynależności do branży motoryzacyjnej decydować będzie posiadanie jako przeważającego jednego z poniższych kodów PKD: 29.10.B Produkcja samochodów osobowych, 29.10.C Produkcja autobusów, 29.10.D Produkcja pojazdów samochodowych przeznaczonych do przewozu towarów, 29.10.E Produkcja pozostałych pojazdów samochodowych, z wyłączeniem motocykli, 29.20.Z Produkcja nadwozi do pojazdów silnikowych; produkcja przyczep i naczep, 29.31.Z Produkcja wyposażenia elektrycznego i elektronicznego do pojazdów silnikowych, 29.32.Z Produkcja pozostałych części i akcesoriów do pojazdów silnikowych, z wyłączeniem motocykli, 45.20.Z Konserwacja i naprawa pojazdów samochodowych, z wyłączeniem motocykli. [↑](#footnote-ref-7)
8. Proszę wskazać: kurs lub studia podyplomowe lub egzamin lub badania lekarskie lub ubezpieczenie NNW [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku ubiegania się o koszty egzaminów, badań lekarskich i psychologicznych, ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków proszę te pozycje wpisywać bezpośrednio po kursie, którego będzie to dotoczyć. [↑](#footnote-ref-9)
10. Brak informacji określonych w kolumnach 3, 4, 5, 6 lub 10 spowoduje, iż Wniosek złożony przez Pracodawcę w pozycjach 2., 4., 5., 6..lub 7. „Karty oceny Wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego” zostanie oceniony na 0 punktów [↑](#footnote-ref-10)
11. W przypadku gdy Wniosek składa Pracodawca, który prowadzi działalność nie tylko na terenie działania Powiatowego Urzędu Pracy w Białymstoku należy zaznaczyć osoby pracujące na terenie działania naszego Urzędu. [↑](#footnote-ref-11)
12. W przypadku pracowników podać nazwę stanowiska lub wykonywanego zawodu, w przypadku pracodawców wpisać „Pracodawca”. [↑](#footnote-ref-12)
13. Wskazać podstawę zatrudnienia, tj. umowa o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielcza umowa o pracę w przypadku osób zatrudnionych zgodnie z kodeksem pracy oraz wymiar czasu pracy (np. ½ etatu)  
    i określić termin zatrudnienia (od dnia – do dnia). [↑](#footnote-ref-13)
14. Wskazać wszystkie działania finansowane z KFS danej osobie podając rodzaj tych działań tj. kurs, egzamin, studia podyplomowe, badania lekarskie lub psychologiczne, ubezpieczenie NNW, określenie potrzeb pracodawcy oraz ich nazwę taką jak w pkt III.2. Wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego. [↑](#footnote-ref-14)
15. Podać nazwę i symbol cyfrowy zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 36 ust. 8 ustawy dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. [↑](#footnote-ref-15)
16. Wskazać nr priorytetu wydatkowania środków KFS tak jak w pkt II.3 Wniosku (jeden uczestnik powinien zostać zakwalifikowany wyłącznie do jednego priorytetu). [↑](#footnote-ref-16)
17. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-17)
18. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-18)
19. Niepotrzebne skreślić. Dot. Pracodawcy mającego siedzibę na terenie działania jednego powiatowego urzędu pracy,   
    a miejsce prowadzenia działalności na terenie działania innego powiatowego urzędu pracy. [↑](#footnote-ref-19)
20. Niepotrzebne skreślić. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis*. [↑](#footnote-ref-20)
21. Właściwe zaznaczyć jeżeli Pracodawca prowadzi działalność gospodarczą. Wielkość podmiotu należy określić zgodnie z przepisami załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014). [↑](#footnote-ref-21)
22. Osobą współpracującą jest: małżonek, dzieci własne, dzieci małżonka, dzieci przysposobione, rodzice, macocha lub ojczym, którzy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu działalności gospodarczej; [↑](#footnote-ref-22)
23. Właściwe zaznaczyć. [↑](#footnote-ref-23)
24. W przypadku otrzymania pomocy de minimis, należy wpisać kwotę tej pomocy oraz przedstawić potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis albo oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis będące załącznikiem nr 2 do Wniosku. [↑](#footnote-ref-24)
25. W przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej do *Wniosku* należy dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej działalności prowadzonej przez pracodawcę. [↑](#footnote-ref-25)
26. Właściwe zaznaczyć i wpisać wysokość skali podatkowej lub stawki liniowej. [↑](#footnote-ref-26)
27. Podać ilość załączników. Jeżeli Pracodawca nie przedstawia któregoś z dokumentów, to należy dany punkt skreślić. [↑](#footnote-ref-27)
28. Uwaga: W przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, należy również przedstawić informacje składane przy ubieganiu się o pomoc de minimis odnoszące się do tej spółki oraz odnoszące się do tego wspólnika albo komplementariusza. [↑](#footnote-ref-28)
29. Załącznik może być dołączony do *Wniosku* w formie oryginału, kserokopii, faxu lub skanu. [↑](#footnote-ref-29)
30. Załącznik może być dołączony do *Wniosku* w formie oryginału, kserokopii, faxu lub skanu. [↑](#footnote-ref-30)