............................................. Sochaczew, dnia …………………………………

 (pieczątka pracodawcy)

 **Starosta Powiatu Sochaczewskiego**

 za pośrednictwem

 **Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie**

**Wniosek o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

Na podstawie art. 69 a i 69 b ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 214), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117).

**I. DANE PRACODAWCY**

1. Nazwa podmiotu zgodnie z dokumentami rejestrowymi (przy osobie fizycznej imię, nazwisko, PESEL): ….……………………..……………………………………………………………………..………….…………………………………..

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

2. Adres siedziby pracodawcy:

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

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

3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (pełen adres):

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

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

1. Numer: NIP………………..………………… REGON……………………………………… KRS/CEIDG....………………...……
2. Dane teleadresowe pracodawcy (nr telefonu, adres poczty elektronicznej):

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

1. Przeważający rodzaj działalności według PKD ….…………………………………………………………………..…………

7. Forma własności …………………………………………………………………………………...……………………………………….

/np. skarbu państwa, państwowych osób prawnych, samorządowa, komunalna, krajowych osób fizycznych, prywatna, zagraniczna, mieszana – podać jaka/

8. Forma prawna działalności gospodarczej…………………………….…………………………………………………...………

/spółdzielnia, spółka (podać jaka), osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, inna (podać jaka)/

9. Średnioroczne zatrudnienie¹ /w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych/:………………..………...

10. Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236 z późn. zm.).

 mikroprzedsiębiorca² mały przedsiębiorca³ średni przedsiębiorca⁴ inny

**1 średnioroczne zatrudnienie** określa się w przeliczeniu na pełne etaty, nie uwzględniając pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

**2 mikroprzedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz;

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z 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.

**3 mały przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz;

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z 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 – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą.

**4 średni przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z 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 – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.

**UWAGA:**

* W przypadku przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą 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.
* Wyrażone w euro wielkości, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez
Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu
przedsiębiorcy.
* Określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów
zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych.

11**.** 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 (Dz. U. z 2023r., poz. 1465 z późn. zm.) na dzień złożenia wniosku: ………………………………

12.Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

 pracodawca w liczbie: …………………

 pracownik w liczbie: ………………...

13.Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym zgodnie z priorytetami na rok 2025:

* Priorytet 1 - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub województwie – liczba osób ……………..………….
* Priorytet 2 - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem
w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy – liczba osób ……………………………………
* Priorytet 3 - Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź
we wrześniu 2024 roku – liczba osób …………………………………………………………………………………
* Priorytet 4 - Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej
 i wspierania integracji w miejscu pracy – liczba osób ……………....................................................
* Priorytet 5 - Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m. in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej – liczba osób …..……………………………………………………….………
* Priorytet 6 - Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy – liczba osób ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Priorytet 7 - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych – liczba osób ……………………………………………………………………………….
* Priorytet 8 – Rozwój umiejętności cyfrowych – liczba osób ……………………………...........................
* Priorytet 9 - **Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną – liczba osób…………………………………………………………………………………………………………………………………………**
* Priorytet 14 – Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzeniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnienie w firmach work-life balance – priorytet dodany w kwietniu 2025 r. **– liczba osób…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

14. Pracodawca w bieżącym roku złożył wniosek lub zamierza wnioskować o środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy

 TAK, w Urzędzie Pracy w ……………………….............

 NIE

15. Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub stosownego pełnomocnictwa).

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

**UWAGA:** W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione
do reprezentacji Pracodawcy. 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). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

16. Nr 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. Ze wskazanego rachunku należy dokonać płatności za fakturę wystawioną przez realizatora usługi.**

17. Osoba upoważniona ze strony Pracodawcy do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko ………………..………………………………………………………………………………………………………….………

nr telefonu, e-mail ……………………………………………………………………………………………………….…..................

**II. TERMIN, WYSOKOŚĆ I PRZEZNACZENIE WSPARCIA**

Termin realizacji ….....................................................................................................................................

(od początku pierwszej formy kształcenia, do końca trwania ostatniej formy)

**Całkowity koszt planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym:** ……………….…………..zł

Słownie:……………………….…………………………………………...…………………..………………………………………………….zł

w tym:

**-** **kwota wnioskowana z KFS ………..………………….**zł

słownie:………………………………………………………………………..….…………………………....……..............................zł

**- kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę ......…………………..**zł

słownie:………………………...……………………………………………………………..………………..…...……………………………zł

**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 itp.**

 **Wnioskowana wysokość środków KFS nie może uwzględniać kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem*.***

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

 *(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy*

**III. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** |
| razem | w tym kobiet | razem | w tym kobiet |
| **Objęci wsparciem ogółem** |  |  |  |  |
| **Uczestnicy według****rodzaju wsparcia** | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| **Uczestnicy według****grup wiekowych** | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| **Uczestnicy według****poziomu wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |  |
| **Uczestnicy według zawodów**  | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślniczy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |
| **Uczestnicy wykonujący pracę** | W szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze |  |  |  |  |
| **Uczestnicy według****tematyki kształcenia** | Nauka aktywnego poszukiwania pracy |  |  |  |  |
| BHP |  |  |  |  |
| Architektura i budownictwo |  |  |  |  |
| Kompetencje cyfrowe |  |  |  |  |
| Dziennikarstwo i informacja naukowo-techniczna |  |  |  |  |
| Usługi fryzjerskie, kosmetyczne |  |  |  |  |
| Górnictwo i przetwórstwo przemysłowe (w tym: przemysł spożywczy, lekki, chemiczny) |  |  |  |  |
| Usługi hotelarskie, turystyka i rekreacja |  |  |  |  |
| Nauki humanistyczne (bez języków obcych) i społeczne (w tym: ekonomia, socjologia, psychologia, politologia, etnologia, geografia) |  |  |  |  |
| Informatyka i wykorzystanie komputerów |  |  |  |  |
| Inne |  |  |  |  |
| Języki obce (bez języka polskiego) |  |  |  |  |
| Język polski |  |  |  |  |
| Usługi krawieckie, obuwnicze |  |  |  |  |
| Matematyka i statystyka |  |  |  |  |
| Podstawowe programy ogólne (w tym: kształcenie umiejętności pisania, czytaniai liczenia) |  |  |  |  |
| Rozwój osobowościowy i kariery zawodowej |  |  |  |  |
| Prawo |  |  |  |  |
| Rachunkowość, księgowość, bankowość, ubezpieczenia, analiza inwestycyjna |  |  |  |  |
| Sprzedaż, marketing, public relations, handel nieruchomościami |  |  |  |  |
| Rolnictwo, leśnictwo, rybołówstwo |  |  |  |  |
| Prace sekretarskie i biurowe |  |  |  |  |
| Opieka społeczna (w tym: opieka nad osobami niepełnosprawnymi, starszymi, dziećmi, wolontariat) |  |  |  |  |
| Ochrona środowiska |  |  |  |  |
| Usługi stolarskie, szklarskie |  |  |  |  |
| Szkolenie nauczycieli i naukao kształceniu |  |  |  |  |
| Sztuka, kultura, rzemiosło artystyczne |  |  |  |  |
| Technika i handel artykułami technicznymi (w tym: mechanika, metalurgia, energetyka, elektryka, elektronika, telekomunikacja, miernictwo, naprawa i konserwacja pojazdów) |  |  |  |  |
| Usługi transportowe (w tym kursy prawa jazdy) |  |  |  |  |
| Usługi gastronomiczne |  |  |  |  |
| Pozostałe usługi |  |  |  |  |
| Weterynaria |  |  |  |  |
| Ochrona własności i osób |  |  |  |  |
| Opieka zdrowotna |  |  |  |  |
| Zarządzanie i administrowanie |  |  |  |  |
| Nauki o życiu i nauki przyrodnicze(w tym: biologia, zoologia, chemia, fizyka) |  |  |  |  |

**IV. INFORMACJA O PLANOWANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W 2025 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Liczba osób | Termin realizacjikursu | Koszt kursu dla 1 uczestnika | Całkowity kosztw zł | Wysokość wkładu własnegopracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środkówz KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |   |   |  |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |   |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek studiów podyplomowych | Liczba osób | Terminrealizacjistudiówpodyplomowych | Koszt studiów podyplomowych dla 1 uczestnika | Całkowity koszt w zł | Wysokość wkładuwłasnego pracodawcyw zł | Wnioskowana wysokośćśrodków z KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ubezpieczenie odnastępstwnieszczęśliwychwypadków  | Liczba osób | Dataubezpiecz. | Kosztubezpieczenia od NNW dla 1 uczestnika | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładuwłasnegopracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość środkówz KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badańlekarskich i/lubpsychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracyzawodowej po ukończonym kształceniu | Liczba osób | Terminrealizacji | Koszt badań dla 1 uczestnika | Całkowity koszt w zł | Wysokośćwkładu własnego pracodawcyw zł | Wnioskowana wysokość środkówz KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj egzaminu | Liczba osób | Termin realizacjiegzaminu | Koszt kursu dla 1 uczestnika | Całkowity kosztw zł | Wysokość wkładu własnegopracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środkówz KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |   |   |  |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |   |  |  |

\*należy dodać odpowiednie kolumny aby uwzględnić wszystkie działania.

**V. Uzasadnienie wniosku z uwzględnieniem poniższych elementów:**

1. krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego;
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;
3. zgodność planowanych działań z określonymi na 2025 rok priorytetami wydatkowania środków KFS;
4. związek wybranych działań z planami dotyczącymi dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego oraz działalności firmy w przyszłości.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 .............................................. ……………………………………*………………….….*

 *(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**VI. ZAŁĄCZNIKI:**

1.Załącznik nr 1 – Informacje dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym- **dostarczyć do Urzędu po rozpatrzeniu** **wniosku, przed podpisaniem umowy;**

2.Załącznik nr 2 - Oświadczenie pracownika/pracodawcy objętego kształceniem ustawicznym o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - **dostarczyć do Urzędu po rozpatrzeniu** **wniosku, przed podpisaniem umowy;**

3.Załącznik nr 3 - Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS - kurs/szkolenie wraz z ofertą wybranego realizatora usługi kształcenia zawierającą wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika i program kursu/szkolenia;

4.Załącznik 3a - Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS - studia podyplomowe wraz z ofertą z uczelni potwierdzającą kierunek wybranych studiów podyplomowych z wyraźnie określoną datą rozpoczęcia i zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok), wysokość opłat oraz system płatności (jednorazowo, ratalnie);

5.Załącznik nr 3b - Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS - egzamin wraz z ofertą wybranego realizatora usługi kształcenia zawierającą wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika);

6. Załącznik nr 3c - Informacje dotyczące realizatora badań lekarskich;

7. Załącznik nr 3d - Informacje dotyczące realizatora ubezpieczenia od NNW;

8. Załącznik nr 4 - Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis przez przedsiębiorstwo w okresie minionych trzech lat;

9. Załącznik nr 5 - Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy publicznej przez przedsiębiorstwo w okresie minionych trzech lat;

10. Załącznik nr 6 - Oświadczenie do priorytetu 1;

11. Załącznik nr 7 - Oświadczenie do priorytetu 2;

12. Załącznik nr 8 - Oświadczenie do priorytetu 6;

13. Załącznik nr 9 - Oświadczenie do priorytetu 7;

14. Załącznik nr 10 - Oświadczenie do priorytetu 8;

15. Załącznik nr 11 – Oświadczenie do priorytetu 14;

16. Załącznik nr 12 - Oświadczenie dot. Sp. z o. o./S. A.

17. Załącznik nr 13 - Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań;

18. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;

19.Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sadowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

20. Kserokopie umów o pracę osób pełniących funkcje zarządcze w spółkach akcyjnych lub spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością, potwierdzonych za zgodność z oryginałem;

21. Załącznik nr 14 – Oferta realizatora działań wnioskowanych przez pracodawcę.

**Oświadczenie Pracodawcy:**

**1.** Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214), ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.

**2. Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

**3. Nie znajduję / znajduję\*** się w stanie likwidacji i upadłości.

**4. Nie jestem / jestem\*** w trakcie zwolnień grupowych.

**5. Nie mam zadłużenia / mam zadłużenie\* wobec** Skarbu Państwa w opłatach z tytułu podatków**.**

**6. Spełniam/ nie spełniam\*** warunki rozporządzenia komisji (UE) Nr 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)

 □ nie dotyczy

7. **Spełniam/ nie spełniam\*** warunki 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 z późn. zm.).

□ nie dotyczy

8. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 z późn. zm.).

□ nie dotyczy

9. **Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzenie Komisji (UE) 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 (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, z póżn. zm.).

□ nie dotyczy

**10.** 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 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

**11.** Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w formach kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego **spełniają/nie spełniają\*** definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).

**12. Oświadczam, że wskazane oferty kształcenia ustawicznego obejmują / nie obejmują\* kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem, przejazdami oraz kosztów delegacji.**

**13.** Oświadczam, że oferta realizatora usługi kształcenia ustawicznego wybrana do realizacji form kształcenia ustawicznego finansowanych ze środków KFS **jest/nie jest\*** konkurencyjna merytorycznie i cenowo w stosunku do ofert innych realizatorów oferujących formy kształcenia o tożsamej tematyce.

**14.** Jestem poinformowany o obowiązku zawarcia umowy z pracownikami, którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego.

**15.** Oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 69 a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214) oraz Rozporządzeniem 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).

**16.** Zapoznałam/łem się z zasadami przyznawania środków KFS obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sochaczewie i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

**17.** 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.

**18.** Osoby, które zostaną objęte wsparciem KFS są zatrudnione na podstawie umowy o pracę, a czas trwania umowy nie jest krótszy niż czas trwania działań zaplanowanych we wniosku.

**19.** Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ulegnie zmianie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

**20.** Znam i rozumiem przepisy wewnątrzwspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

**21**.Mam świadomość, że wnioski nie są rozpatrywane w trybie decyzji administracyjnej, w związku
z czym nie podlegają procedurze odwoławczej.

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

 *(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy)*

*\**niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 1*

**Informacje dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym (zaznaczyć właściwe)\*:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imięi nazwiskoPesel | Poziom wykształ- cenia | Priorytet | Forma i nazwakształceniaustawicznego | Zajmowanestanowisko/stanowisko po zakończ.kształceniaustawicznego | Formai okres zatrudnienia | Realizator usługikształcenia ustawicznego | Terminrealizacjiod-do (dd/mm/rr) | Koszt kształceniaustawicz. | Wysokość wkładu własnego | Kwota wnioskowana z KFS |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Łącznie na jednego uczestnika: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Łącznie na jednego uczestnika: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Łącznie na jednego uczestnika: |  |  |  |
| Łącznie całkowita wysokość wydatków |  |  |  |

**\* dla każdego uczestnika kształcenia ustawicznego sporządzić osobną tabelę**

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

  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy*

  *Załącznik nr 2*

………………………………………………………………………

/imię i nazwisko osoby objętej wsparciem z KFS/

………………………………………………………………………
 /data urodzenia/

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy**

**w Sochaczewie**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie reprezentowany przez Dyrektora. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz c RODO, tj. wykonanie umowy oraz w związku z ustawą z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych przez Administratora w tym opis praw przysługujących Państwu w związku z przetwarzaniem danych, jest dostępny na stronie internetowej Urzędu Pracy w zakładce „Ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Urzędu.

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

  *(data, czytelny podpis osoby korzystającej*

 *z procesu kształcenia ustawicznego)*

*Załącznik nr 3*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI**

(w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego): **Kurs/szkolenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**(oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego/np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Nazwa kursu/szkolenia |  |  |  |
| Liczba godzin kursu/szkolenia |   |   |   |
| Koszt kursu/szkoleniaza 1 uczestnika |   |   |   |
| Koszt osobogodziny kursu/szkolenia/koszt za 1 uczestnika/ |   |   |   |
| Planowany termin realizacji kursu/szkolenia  |   |   |  |

**Oświadczam, że koszt kursu/szkolenia nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na kurs/szkolenie.**

…………..…………………..……………………………
*( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

**- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika**

**kursu/szkolenia,**

**- program kursu/szkolenia.**

 *Załącznik nr 3a*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego):**Studia podyplomowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego /np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |
| Nr PKD realizatora |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |
| Kierunek studiów podyplomowych |  |
| Liczba godzin studiów podyplomowych |  | Liczba semestrów studiów podyplomowych |  |
| Koszt studiów podyplomowychza 1 uczestnika |  | Koszt 1 semestru studiów podyplomowych |  |
| Planowany termin realizacji studiów |  |

**Oświadczam, że koszt studiów podyplomowych nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na studia podyplomowe.**

…………..…………………..……………………………………..
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta z uczelni potwierdzająca kierunek wybranych studiów podyplomowych z wyraźnie określoną datą rozpoczęcia i zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok), wysokość opłat oraz system płatności (jednorazowo, ratalnie).**

*Załącznik nr 3b*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego): **Egzamin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**(oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego/np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Rodzaj egzaminu |  |  |  |
| Liczba godzin |  |  |  |
| Koszt egzaminuza 1 uczestnika |  |  |  |
| Koszt osobogodziny kursu/szkolenia/koszt za 1 uczestnika/ |  |  |  |
| Planowany termin realizacji egzaminu |  |  |  |

**Oświadczam, że koszt egzaminu nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na egzamin.**

…………..…………………..………………………………………..
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

**- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika egzaminu.**

*Załącznik nr 3c*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatorabadań |  |
| Rodzaj badań |   ⎕ badania lekarskie ⎕ badania psychologiczne |
| Koszt badań za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji badań(kwartał/y 2025r.) |  |

**Oświadczam, że koszt badań nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na badania.**

…………..…………………..…………………………………………….

*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 3d*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA UBEZPIECZENIA OD NNW**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatoraubezpieczenia |  |
| Koszt ubezpieczenia za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji ubezpieczenia(kwartał/y 2025r.) |  |

**Oświadczam, że koszt ubezpieczenia nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika do realizatora ubezpieczenia.**

…………..…………………..…………………………………………
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

Załącznik nr 4

 **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

## Imię i nazwisko/nazwa firmy …………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby……………………………………………………………...…………………………………………………………………….

NIP ……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………..

Oświadczam, iż **w okresie minionych trzech lat** przed dniem złożenia wniosku o przyznanie środków z KFS:

* **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis*,
* **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* przyznaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym

## W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę\*\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)** | **Przeznaczenie pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy/

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\*** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie 3 lat

Załącznik nr 5

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

## Imię i nazwisko/nazwa firmy ………………………………………………………………………………………………………….

 Adres siedziby……………………………………………………………...……………………………………………………………………..

 NIP ……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………...

Oświadczam, iż **w okresie minionych trzech lat** przed dniem złożenia wniosku o przeznanie środków z KFS:

- **otrzymałem/ nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.
W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę\*\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)** | **Przeznaczenie pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy/

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\*** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie 3 lat

 *Załącznik nr 6*

 **OŚWIADCZENIE** (do priorytetu 1)

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,
że pracownik: …………………………..…………………………………………………………………………………………**\***

(Inicjały - pierwsza litera imienia oraz pierwsza litera nazwiska pracownika)

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 1 spełnia warunki dostępu do priorytetu
tj. **\*\***

forma kształcenia ustawicznego, którą zostanie objęta ww. osoba dotyczy zawodu deficytowego określonego w dokumencie „Barometr zawodów 2025” dla:

 powiatu sochaczewskiego

………………………………………………………………………….

/nazwa zawodu/

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa
w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy/

 \* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** planowanej do objęcia wsparciem w ramach

 priorytetu 1

\*\* właściwe zaznaczyć

*Załącznik nr 7*

**Oświadczenie** (do priorytetu 2)

Oświadczam, że spełniam warunki priorytetu 2 tj. „Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy”.

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e we wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy
spełnia/ją warunki dostępu do priorytetu nr 2, w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych
na stanowisku pracy korzystają lub będą korzystały z nowych technologii i narzędzi pracy lub wdrażały nowe procesy.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa
w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

.............................................. ……………………………………*………………….….*

 *(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

Pracodawca do **wniosku dołącza dokument potwierdzający zakup nowej maszyny/urządzenia**, bądź składa oświadczenie, że zostały/będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu.

*Załącznik nr 8*

 **OŚWIADCZENIE** (do priorytetu 6)

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,
że pracownik: …………………………..………………**\***

(Inicjały - pierwsza litera imienia oraz pierwsza litera nazwiska pracownika)

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 6 **jest cudzoziemcem.**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa
w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy/

 \* niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** planowanej do objęcia wsparciem w ramach

 priorytetu 6

 *Załącznik nr 9*

 **OŚWIADCZENIE** (do priorytetu 7)

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,
że pracownik: ……………………………..………\*

(Inicjały – pierwsza litera imienia oraz pierwsza litera nazwiska pracownika)

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 7 spełnia warunki dostępu do priorytetu tj.w dniu złożenia wniosku zatrudniony jest w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kod PKD\*\* /według stanu na 01.01.2025 r./ |
| Przeważający kod PKD prowadzonej działalności |  |

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa
w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

**\*** niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** objętej wsparciem w ramach priorytetu 7

\*\* uzupełnić przeważający kod PKD prowadzonej działalności

 *Załącznik nr 10*

**OŚWIADCZENIE** (do priorytetu nr 8)

Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,
że pracownik: ……………………………..………\*

(Inicjały – pierwsza litera imienia oraz pierwsza litera nazwiska pracownika)

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 8 spełnia warunki dostępu do priorytetu
tj.Rozwój umiejętności cyfrowych, które objęte są tematyką wnioskowanego szkolenia,
jest powiązane z pracą wykonywaną przez osobę kierowaną na szkolenie.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa
w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

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

/data/ /*pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

*do reprezentowania pracodawcy/*

**\*** niniejsze oświadczenie należy wypełnić **osobno dla każdej osoby** objętej wsparciem w ramach priorytetu 8.

 *Załącznik nr 11*

**OŚWIADCZENIE** (do priorytetu nr 14)

 Oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my,
że pracownik: ……………………………..………\*

(Inicjały – pierwsza litera imienia oraz pierwsza litera nazwiska pracownika)

wskazany do objęcia wsparciem w ramach Priorytetu nr 14 spełnia warunki dostępu do priorytetu
tj.Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzeniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianie w firmach work-life balance.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa
w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego.

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

/data/ /*pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

*do reprezentowania pracodawcy/*

*Załącznik nr 12*

…………………………….

(miejscowość i data)

Dane albo pieczątka Pracodawcy

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

**(SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ/SPÓŁKA AKCYJNA\*)**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że wśród osób wskazanych, jako uczestnicy we Wniosku Pracodawcy o przyznanie środków Krajowego Funduszu szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2025 r.

1)

* **jest\*** Prezes/Wiceprezes/Członek Zarządu, który jest jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki **lub**
* **nie ma\*** Prezesa/Wiceprezesa/Członka Zarządu, który jest jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki

2)

* **są\*** Członkowie Zarządu, nie będący jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki, którzy są zatrudnieni w Spółce na podstawie **umowy o pracę** regulowanej przez Kodeks pracy **lub**
* **nie ma\*** Członków Zarządu, nie będących jedynymi lub większościowymi udziałowcem Spółki, którzy są zatrudnieni w Spółce na podstawie **umowy o pracę** regulowanej przez Kodeks pracy

**Należy dołączyć ksero umowy o pracę osób pełniących funkcje zarządcze w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością/spółka akcyjna, potwierdzonych za zgodność z oryginałem.**

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

/data/ /*pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

*do reprezentowania pracodawcy/*

\*niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

 *Załącznik nr 13*

…………………………………………….

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

lub nazwa podmiotu, w imieniu którego składane jest oświadczenie

**Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań**

**w zakresie ograniczenia lub wyłączenia z możliwości wspierania ze środków publicznych
podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji
Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne**

W związku z prawnym stosowaniem środków sankcyjnych w zakresie ograniczenia
lub wyłączenia z możliwości wspierania ze środków publicznych podmiotów i osób, które
w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej
lub są za nie odpowiedzialne, oświadczam(y), że nie podlegam (y) kryteriom wykluczającym zgodnie
z poniższymi aktami prawnymi:

1. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U.
z 2024 poz. 507), która weszła w życie 16 kwietnia 2022 r., zwana dalej: „ustawą”;
2. Rozporządzenie Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczące środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy
(Dz. U. UE L 134 z 20.5.2006, str.1, z późn. zm.);
3. Rozporządzenie Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających (Dz. U. UE L 78 z 17.3.2014, str.6, z późn. zm.);
4. Rozporządzenie Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków
ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie
(Dz. U. UE L 229 z 31.07.2014, str.1, z późn. zm.);
5. Komunikat Komisji Europejskiej pn. *Tymczasowe kryzysowe ramy środków pomocy państwa
w celu wsparcia gospodarki po agresji Rosji wobec Ukrainy* (Dz. U. UE C 131 z 24.3.2022, str.1).

Jednocześnie oświadczam(y), że nie jestem/(śmy) wpisany(i) na listę osób i podmiotów objętych
sankcjami.\*

Powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie
z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

Ponadto zobowiązuję(my) się niezwłocznie poinformować (najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych) Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie o wystąpieniu przesłanek wykluczenia, tj. wpisaniu na listę,
o której mowa w art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa
narodowego (t. j. Dz. U. z 2024 poz. 507).

 ………………………………………………………..

data i podpis osoby składającej oświadczenie

 lub osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu

Dokonano weryfikacji pod kątem wykluczenia w dniu …………………….…………………………………….

…………………………………………………

Podpis i pieczątka pracownika
Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie

\* Lista osób i podmiotów objętych sankcjami znajduje się : <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>

 *Załącznik nr 14*

……………………………………………………………….

pieczęć lub dane 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**UWAGA:w przypadku podmiotów bez własnego nr NIP i/lub prowadzonych przez inne podmioty należy dodać taką informację wraz z danymi podmiotu prowadzącego (nazwa, NIP, adres). |
| **Rodzaj i nazwa kształcenia**RODZAJ: kurs/studia podyplomowe/egzaminNAZWA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Termin realizacji kursu/studiów podyplomowych/egzaminu** |
| **Wymiar godzinowy kształcenia** |
| **Szkolenie otwarte/zamknięte/online** |
| **Wymagania wstępne dla uczestników** |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu/studiów podyplomowych/zdaniu egzaminu lub szczegółowa podstawa prawna określająca wzór dokumentu** (tj. akt prawny art., ust., pkt., Dz. U., rok., i poz., w przypadku braku podstawy prawnej, określającej wzór dokumentu, należy dołączyć wzór dokumentu od realizatora) |
| **Koszt w zł kursu/studiów podyplomowych/egzaminu podawany dla 1 uczestnika oraz koszt osobogodziny w zł** (nie będą honorowane koszty podane dla grupy i uzależnione od ilości uczestników) |
| **Miejsce prowadzenia zajęć (pełny adres)** |
| 1. **Program**
 |
| **Cel kształcenia : kursu/ studiów podyplomowych/egzaminu** |
| **Program kształcenia: kursu/studiów podyplomowych lub zakres egzaminu** |

……………………………………………………………………..

pieczęć i podpis osoby reprezentującej instytucję szkolącą/egzaminującą