

 

............................................. 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 b ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 690 z późn. zm.), 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.** Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego: TAK / NIE *(właściwe zaznaczyć)*\*

\*Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.

Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021r., poz. 217 z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

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

**11.** Wielkość prz0edsiębiorstwa zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021r. poz. 162 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.

**12.** 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 2022r., poz. 1510 z późn. zm.) na dzień złożenia wniosku: ……………………………

**13.** Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

 pracodawca w liczbie: …………………

 pracownik w liczbie: ………………...

**14.** Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym zgodnie z priorytetami Ministra Rodziny i Polityki Społecznej na rok 2023:

□ Priorytet 1 - wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców – liczba osób ……………………………………………………………………………………………………………….

□ Priorytet 2 - wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy - liczba osób ……………………………………………………………………………..

□ Priorytet 3 - wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych - liczba osób ……………………………………………………………………...

□ Priorytet 4 - wsparcie kształcenia ustawicznego dla nowozatrudnionych osób (lub osób, którym zmieniono zakres obowiązków) powyżej 50 roku życia – liczba osób …………………………………………………….

□ Priorytet 5 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych - liczba osób ……………………………………………………………………………………………………………….

□ Priorytet 6 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób poniżej 30 roku życia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz umiejętności związanych z branżą energetyczną i gospodarką odpadami -
liczba osób ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**15**. 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

**16**. Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub załączonych pełnomocnictw).

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

**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 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 muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

**17**. Nr rachunku bankowego na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

 \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**18**. 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:**

**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** |
| **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**  | Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i 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 przy pracach prostych |  |  |  |
| Siły zbrojne |  |  |  |
| Bez zawodu |  |  |  |
| **Uczestnicy wykonujący pracę** | W szczególnych warunkach lubo szczególnym charakterze |  |  |  |
| **Uczestnicy według****tematyki kształcenia** | Architektura i budownictwo |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| Języki obce |  |  |  |
| 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, naprawai konserwacja pojazdów) |  |  |  |
| Usługi transportowe (w tym kursy prawa jazdy) |  |  |  |
| Usługi gastronomiczne |  |  |  |
| Weterynaria |  |  |  |
| Ochrona własności i osób |  |  |  |
| Opieka zdrowotna |  |  |  |
| Zarządzanie i administrowanie |  |  |  |
| Nauki o życiu i nauki przyrodnicze(w tym: biologia, zoologia, chemia, fizyka) |  |  |  |
| Pozostałe usługi |  |  |  |
| Inna tematyka kształcenia ustawicznego (w szczególnych przypadkach, jeśli nie ma możliwości zakwalifikowania jej do jednegoz powyższych obszarów) |  |  |  |

 **IV. INFORMACJA O PLANOWANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W 2023r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | Terminrealizacjistudiówpodypl. | Koszt studiów podypl. 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 realizacjikursu | 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 2023 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 bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych;

9. Załącznik nr 5 - Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy publicznej przez przedsiębiorstwo w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych;

10. Załącznik nr 6 - Oświadczenie do priorytetu 2;

11. Załącznik nr 7 - Oświadczenie do priorytetu 4;

12. Załącznik nr 8 - Oświadczenie do priorytetu 5;

13. Załącznik nr 9 - Oświadczenie do priorytetu 6;

14. Załącznik nr 10 -Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań;

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

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

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

**Oświadczenie Pracodawcy:**

**1.** Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r. poz. 690 z późn. zm.), 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 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).

 □ nie dotyczy

**7. Spełniam / nie spełniam\*** warunki/ów rozporządzenia komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. 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 24.12.2013r.).

 □ nie dotyczy

**8.** Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.

**9.** 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.

**10.** 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).

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

**12.** 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.

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

**14.** 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 2022 r. poz. 690 z późn. zm.) 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).

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

**16.** 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.

**17.** 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.

**18.** 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.

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

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

 *(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 2023r.) |  |

**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 2023r.) |  |

**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
O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

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

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

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

**Oświadczam,** że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych w/w przedsiębiorstwo **otrzymało** / **nie otrzymało\*** pomoc/(y) de minimis w łącznej wysokości ............................... zł słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

co stanowi .................................. euro, słownie: ……………………………………………….…………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis.**

**Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem\*\***

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy)*

Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.,w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013), oznacza całkowitą kwotę pomocy przyznaną jednemu przedsiębiorstwu w ciągu 3 lat podatkowych oraz przez państwo członkowskie, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 euro (100 000 euro w sektorze transportu drogowego towarów). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich w przypadku, gdy pomoc przyznawana jest w formie innej niż dotacje, kwotę pomocy stanowi ekwiwalent dotacji brutto pomocy. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.

Zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc zaświadczeń, oświadczeń lub informacji o których mowa w art. 37 ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, pomoc nie może być udzielana temu podmiotowi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\***złożenie informacji niezgodnych z prawdą może skutkować koniecznością zwrotu udzielonej pomocy oraz konsekwencjami wynikającymi z ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

*Załącznik nr 5*

………………………………….……….. ……………………………………..…

 (pieczątka Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w roku podatkowym, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych w ramach **jednego przedsiębiorstwa***\*(właściwe zaznaczyć)*;

|  |  |
| --- | --- |
|  | □ **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis w rolnictwie,□ **otrzymałem(am)** pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ………………….……………….. |
|  | □ **nie otrzymałem/am** pomocy de minimis w rybołówstwie,□ **otrzymałem/am** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ……………………………… |
|  | □ **nie otrzymałem/am** innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,□ **otrzymałem/am** inną pomoc publiczną, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis, w wysokości …………………………………………….. |

 ………………………………………………………….

  *(pieczątka i podpis Wnioskodawcy)*

Definicja jednego przedsiębiorstwa jest określona w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013r.)

 *Załącznik nr 6*

 **OŚWIADCZENIE** ( do priorytetu 2)

Oświadczam, że spełniam warunki priorytetu 2 tj. „Wsparcie kształcenia ustawicznego
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)*

Załącznik nr 7

 **OŚWIADCZENIE** ( do priorytetu 4)

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

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

wskazany do kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu nr 4 spełnia warunki dostępu
do priorytetu tj. na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków KFS, ukończył 50 rok życia oraz \*\*

 został zatrudniony w aktualnym miejscu pracy w okresie ostatniego roku przed dniem

 złożenia wniosku

 lub

 miał zmieniony zakres obowiązków w aktualnym miejscu pracy w okresie ostatniego roku

 przed dniem złożenia wniosku

 lub

 będzie miał zmieniony zakres obowiązków w perspektywie najbliższych 3 miesięcy od

 momentu złożenia wniosku

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** planowanej do objęcia wsparciem w ramach

 priorytetu 4

 \*\* właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 8

 **OŚWIADCZENIE** ( do priorytetu 5)

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

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

wskazany do kształcenia w ramach Priorytetu nr 5 spełnia warunki dostępu do priorytetu
tj. **\*\***

 w ciągu roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia

 ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków KFS, podjął pracę po przerwie

 spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem

 lub

 jest członkiem rodziny wielodzietnej oraz na dzień złożenia wniosku posiada Kartę Dużej

 Rodziny bądź spełnia warunki jej posiadania.

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** planowanej do objęcia wsparciem w ramach

 priorytetu 5

\*\* właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 9

 **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 spełnia warunki dostępu do priorytetu tj. **\*\***

na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego

 pracowników i pracodawców ze środków KFS, nie ukończył 30 roku życia, a nabycie

 umiejętności cyfrowych, które objęte są tematyką wnioskowanego szkolenia jest

 powiązane z pracą wykonywaną przez osobę kierowana na szkolenie

 lub

na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego

 pracowników i pracodawców ze środków KFS, nie ukończył 30 roku życia, a nabycie nowych umiejętności jest bezpośrednio związane z pracą na zajmowanym stanowisku w branży energetycznej i/lub gospodarki odpadami - kod PKD **\*\*\***………………………………….…

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

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

/data/ /podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/

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

 priorytetu 6

 \*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* należy uzupełnić numer kodu PKD według Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) 2007 na podstawie danych

 zawartych w rejestrze REGON w brzmieniu na dzień 1 stycznia 2023r.

 *Załącznik nr 10*

…………………………………………….

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 (Dz. U.
z 2022 poz. 835), 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 (Dz. U. z 2022 poz. 835).

 ………………………………………………………..

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>