……………………………., dnia …………………….………… r

## WNIOSEK

**Pracodawcy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)**

**na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2025 r.**

*zgodnie z art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia
14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117)*

**DANE PRACODAWCY**

1. Nazwa pracodawcy *(imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej)*

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

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

1. Adres siedziby pracodawcy

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

1. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(pełny adres)*.

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

1. NIP ………………..……………………………….. REGON ……………………………………………...
2. Dane teleadresowe pracodawcy:
3. nr telefonu ………………………………………………………………………..…………………
4. adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………………
5. Imię i nazwisko osoby wskazanej ze strony pracodawcy do kontaktu

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

1. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD)……………………………………..…………………………………………………….
2. Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 - Prawo Przedsiębiorców
(Dz.U. z 2024 r. poz. 236).

 mikroprzedsiębiorca mały przedsiębiorca średni przedsiębiorca inny

1. Liczba zatrudnionych pracowników …………………………

**WYSOKOŚĆ I PRZEZNACZENIE WSPARCIA**

Całkowita wysokość wydatków na działania: …………………………………………………………….…..….zł słownie:……………………….…………………………………………...………………………………………zł

w tym:

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

**-** ………………………….……….. zł kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę[[1]](#footnote-1)

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

**Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie** *(właściwe zaznaczyć)*:

🗌 określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego

🗌 kursy

🗌 studia podyplomowe

🗌 egzaminy

🗌 badania lekarskie i/ lub psychologiczne

🗌 ubezpieczenie NNW

**z uwzględnieniem poniższych priorytetów** *(właściwe zaznaczyć)*:

🗌 Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj.

w powiecie lub w województwie;

🗌 Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy;

🗌 Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku;

🗌 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;

🗌 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;

🗌 Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy;

🗌 Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych;

🗌 Rozwój umiejętności cyfrowych;

🗌 Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | Liczba pracodawców | Liczba pracowników |
| razem | kobiety |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 - 24 lata |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe  |  |  |  |
| Według wykonywanych zawodów | Siły zbrojne |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |
| Technicy i inni średni personel |  |  |  |
| Pracownicy biurowi  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **INFORMACJE O PLANOWANYCH DZIAŁANIACH** *(należy odpowiednio powielić tabelę w sytuacji wnioskowania o większą liczbę działań)* |
| 1.  | **rodzaj działania** **oraz nazwa** |
|   |   |
| **liczba uczestników** | **cena**  | **kwota dofinansowania / kwota wkładu własnego pracodawcy** | **cena na** **1 uczestnika** | **termin rozpoczęcia i zakończenia (jeżeli dotyczy)** | **nazwa i siedziba realizatora kształcenia (jeżeli dotyczy)** | **liczna godzin kształcenia ustawicznego (jeżeli dotyczy)** |
|   |   | / |   |   |   |    |
| **uzasadnienie wyboru realizatora** |
|   |
| **porównanie ceny usługi z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (o ile są dostępne na rynku)** |
|   |
| **informacja o posiadanych przez realizatora certyfikatach jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (jeżeli dotyczy)** |
|   |
| **Informacja o posiadanych dokumentach, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych (jeżeli dotyczy)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA***(należy odpowiednio powielić tabelę w sytuacji wnioskowania o większą liczbę działań)* | planowane działania dla poszczególnych osób  | Całkowita kwota wsparcia KFS na danego pracownika |
| lp. uczestnika |  | *rodzaj i nazwa działania* | *rodzaj i nazwa działania*  | *rodzaj i nazwa działania*  | *rodzaj i nazwa działania* | *rodzaj i nazwa działania* | *rodzaj i nazwa działania* | *rodzaj i nazwa działania* |
| 1. | wykonywany zawód oraz zakres obowiązków  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |
| Wskazanie priorytetów wydatkowania środków z KFS |
|  |
|  miejsce świadczenia pracy (miejscowość / powiat / województwo) |
|    |
|  | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Szczegółowe uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wniosku z uwzględnieniem poniższych elementów:**

1. krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego
i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań
2. zgodność planowanych działań z określonymi na 2025 rok priorytetami wydatkowania środków KFS określonymi przez ministra właściwego do spraw pracy

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*(miejscowość, data) (podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania pracodawcy)*

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1
i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
2. Informacje, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 3, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
1. wkład własny nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw. [↑](#footnote-ref-1)