|  |  |
| --- | --- |
|  | ksiega_znaku_mini  Powiatowy Urząd Pracy  w Koninie  |

……………………. Konin, dnia ……………………..

 Pieczątka pracodawcy

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Koninie**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy**

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

1. **DANE PRACODAWCY:**
2. Nazwa pracodawcy : ……………………………………………………………………………………
3. Nr telefonu:…………………………… E-mail:………………………………………………...……….

Fax:………………… Adres strony internetowej:………………………………………...……………

1. Adres siedziby pracodawcy: ……………………………………………………..…………………….
2. Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności: ……………………………………………………..……………..
4. NIP:……………………………… REGON: ……………………………………………..…................
5. Przeważający rodzaj działalności gospodarczej wg PKD:………………………………….……….
6. Forma prawna prowadzonej działalności (właściwe zaznaczyć właściwy kwadrat):

|  |  |
| --- | --- |
|  | przedsiębiorstwo państwowe |
|  | stowarzyszenie |
|  | spółdzielnia |
|  | fundacja |
|  | spółka akcyjna |
|  | spółka z o.o. |
|  | spółka cywilna |
|  | spółka jawna |
|  | działalność indywidualna |
|  | inna…………………………………………………………………………  |

1. Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) ……………………………………………………………………………………………………………
2. Imię i nazwisko oraz dane kontaktowe osoby wyznaczonej do kontaktów z PUP …………………………………………………nr telefonu:…………………………………...………... e-mail:……………………………………………….
3. Informacja o stanie zatrudnienia pracodawcy:

PRACODAWCA - oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika na podstawie Kodeksu Pracy.

* **Wielkość przedsiębiorstwa\*:**

\*właściwe zaznaczyć
(Pracodawca deklarując posiadany status ponosi pełną odpowiedzialność za złożone oświadczenie).

|  |
| --- |
|  |

**MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO**

Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

* 1. zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz
	2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.

|  |
| --- |
|  |

**MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO**

Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, 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.

|  |
| --- |
|  |

**ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO**

Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, 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.

|  |
| --- |
|  |

**DUŻE PRZEDSIĘBIORSTWO**

***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.***

***Średnioroczne zatrudnienie***

***1) Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty.***

***2) Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.***

***3) W przypadku, gdy przedsiębiorca wykonuje działalność gospodarczą krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie określa się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę****.*

|  |
| --- |
|  |

**WNIOSKODAWCA NIEPROWADZĄCY DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

 **UWAGA**: Zgodnie z przepisami Unii Europejskiej działalnością gospodarczą jest wszelka działalność polegająca na odpłatnym oferowaniu towarów i usług na danym rynku niezależnie od statusu prawnego firmy czy źródeł jej finansowania (prywatne czy publiczne) oraz bez względu na fakt, czy dany podmiot nastawiony jest na zysk czy działający na zasadzie non profit (nienastawiony na zysk).

* **Liczba zatrudnionych pracowników (w rozumieniu Kodeksu pracy): ……………………**

PRACOWNIK- oznacza osobę zatrudnioną wyłącznie na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę. Nie jest pracownikiem osoba wykonująca pracę w ramach umów cywilnoprawnych, np. umów zlecenia czy umów o dzieło oraz osoba współpracująca z osobą prowadzącą działalność gospodarczą.

1. **PRIORYTETY W RAMACH KTÓRYCH PRACODAWCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO.**

**Priorytetem wydatkowania środków z rezerwy KFS na 2024r. jest:**

 (należy zaznaczyć, w ramach którego priorytetu pracodawca ubiega się o wsparcie)

1. **sparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS**

Zaznaczyć właściwe:

|  |  |
| --- | --- |
| Centrum Integracji Społecznej |  |
| Klub Integracji Społecznej |  |
| Warsztat Terapii Zajęciowej |  |
| Zakład Aktywności Zawodowej |  |
| Spółdzielnia socjalna |  |
| Przedsiębiorstwo społeczne |  |

1. **Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**
2. **Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej**
3. **Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obszar/branża** | **PKD Pracodawcy wymagane** | **PKD Pracodawcy wskazane (wg stanu na 01.01.2024r.)** |
| Odnawialne źródła energii i nowoczesne technologie energetyczne w tym wodorowe | Sekcja C, dział 20 (PKD 20.59)Sekcja C, dział 27 (PKD 27.12)Sekcja C, dział 28 (PKD 28.11.Z, 28.21.Z)Sekcja D, dział 35Sekcja E, dział 38Sekcja F, dział 43 (PKD 43.22.Z) |  |
| Logistyka | Sekcja H, dział 52 |  |
| Turystyka | Sekcja I, dział 55Sekcja N, dział 79 |  |

**UWAGA: Pracodawcy ubiegający się o środki z KFS muszą spełniać co najmniej jeden z ww. priorytetów.**

**C.INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DOSFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (określenie potrzeb pracodawcy):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | Pracodawca/-cy | Pracownicy |
| Razem | Kobiety | Razem | Kobiety |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |  |

**D. OKREŚLENIE CAŁKOWITEJ WYSOKOŚCI WYDATKÓW NA PLANOWANE DZIAŁANIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, o których mowa w art. 69 a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa kursu | Termin realizacji(od –do) | Liczba osóbobjęta działaniem  | Wysokość wydatków na działania obejmujące kształcenie ustawiczne (należy podać kwoty, które nie zawierają kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz bez podatku VAT) |
| Całkowita wysokość wydatków | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Wysokość wkładu własnego |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Kierunek studiów podyplomowych | Termin realizacji studiów | Liczba osóbobjęta działaniem | Wysokość wydatków na działania obejmujące kształcenie ustawiczne (należy podać kwoty, które nie zawierają kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz bez podatku VAT) |
| Całkowita wysokość wydatków | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Wysokość wkładu własnego |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Egzamin umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Termin egzaminu | Liczba osóbobjęta działaniem | Wysokość wydatków na działania obejmujące kształcenie ustawiczne (należy podać kwoty, które nie zawierają kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz bez podatku VAT) |
| Całkowita wysokość wydatków | Wnioskowana wysokość środkówz KFS | Wysokość wkładu własnego |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończeniu kształcenia | Termin badania | Liczba osóbobjęta działaniem | Wysokość wydatków na działania obejmujące kształcenie ustawiczne (należy podać kwoty, które nie zawierają kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz bez podatku VAT) |
| Całkowita wysokość wydatków | Wnioskowana wysokość środkówz KFS | Wysokość wkładu własnego |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem | Liczba osóbobjęta działaniem | Wysokość wydatków na działania obejmujące kształcenie ustawiczne (należy podać kwoty, które nie zawierają kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz bez podatku VAT) |
| Całkowita wysokość wydatków | Wnioskowana wysokość środkówz KFS | Wysokość wkładu własnego |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| WYSZCZEGÓLNIENIE KOSZTÓW |  |
| Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS:****- Starosta może przyznać środki z KFS w wysokości 80 % kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż do wysokości 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (pracodawca pokrywa 20% kosztów), a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100% kosztów kształcenia, nie więcej jednak niż do wysokości 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.** |  |
| Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę:- przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawca nie uwzględnia innych kosztów, które ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. |  |

**UWAGA !**

**Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych.**

**E. WYKAZ STANOWISK PRACY, W RAMACH KTÓRYCH OSOBY BĘDĄ OBJĘTE  KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM.**

 **UWAGA!!! Wsparciem kształcenia ustawicznego nie mogą być objęci pracownicy młodociani oraz młodociani zatrudnieni**

**w celu przygotowania zawodowego bez względu na wiek.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Stanowisko pracy** **(jakie widnieje w umowie o pracę zawartej z pracownikiem) i miejsce świadczenia pracy);** **w przypadku pracodawcy należy wpisać jaką pełni funkcję/jaki wykonuje zawód** | **Wskazać wybrany priorytet\*** **(A, B, C, D)**  | **Rodzaj umowy** **o pracę** **(wymiar czasu pracy, czas określony od…do…,** **nieokreślony od…); w przypadku pracodawcy – od kiedy prowadzona jest działalność gospodarcza** | **Planowanie działania kształcenia ustawicznego, w tym: (nazwa kursu/ egzaminu/badania/ ubezpieczenia/kierunek studiów podyplomowych)** | **Nazwa jednostki szkoleniowej/****instytucji egzaminującej/****uczelni/ubezpieczyciela/ przychodni** | **Koszt kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** | **Wkład własny na jednego uczestnika** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Pracodawca, który wybrał:**

**priorytet A** – dołącza do wniosku kserokopie dokumentu potwierdzającego prowadzenie CIS/KIS/WTZ (np. decyzja wojewody, wyciąg z rejestru KIS); a w przypadku Zakładu Aktywności Zawodowej - dołącza kserokopię decyzji wojewody o przyznaniu statusu Zakładu Aktywności Zawodowej.

Ponadto pracodawca powinien wykazać w części F.1 wniosku, że współfinansowane ze środków KFS działania zmierzające do podniesienia kompetencji pracowników związane są z ich zadaniami realizowanymi w CIS, KIS, WTZ, ZAZ, przedsiębiorstwie społecznym lub spółdzielni socjalnej.

**priorytet B -** składa **załącznik nr 4,** natomiast przy podpisaniu umowy przedstawia orzeczenie o niepełnosprawności do wglądu;

**priorytet C** - dołącza do wniosku oświadczenie **(załącznik nr 5 do wniosku)**, że wskazana do kształcenia osoba posiada dokumenty potwierdzające wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i nie przysługuje jej prawo do emerytury pomostowej; przed podpisaniem umowy pracodawca zobowiązany jest przedstawić do wglądu ww. dokumenty;

**priorytet D** - powinien posiadać przypisany dla głównego/przeważającego rodzaju prowadzonej przez siebie działalności kod PKD związany z jednym z ww. obszarów/branż w części B pkt D wniosku i powinien uzasadnić w części F.1 wniosku konieczność nabycia nowych umiejętności, w tym poprzez wykazanie bezpośredniego związku danego stanowiska pracy z ww. obszarem/branżą.

**F.1. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY ORAZ OBOWIĄZUJĄCYCH PRIORYTETÓW WYDATKOWANIA ŚRODKÓW z KFS.**

(Należy opisać m.in. następujące zagadnienia: ogólne uzasadnienie, obecne lub przyszłe potrzeby pracodawcy, umiejętności wymagane na obecnym/przyszłym stanowisku pracy planowanych do objęcia kształceniem osób; plany rozwojowe firmy.

Oznacza to, że nabywane kompetencje muszą być bezpośrednio powiązane z zakresem zadań zawodowych/obowiązków na danym stanowisku, potrzebami biznesowymi lub planami zatrudnieniowymi wnioskodawcy.

**DODATKOWO, W PRZYPADKU WYBORU PRIORYTETU „A”, „D” NALEŻY UDOWODNIĆ/WYKAZAĆ WYMAGANE INFORMACJE ZAWARTE POD TABELĄ „E” WNIOSKU).**

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

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

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

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

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

**G. PLANY DOTYCZĄCE DALSZEGO ZATRUDNIENIA UCZESTNIKÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

* w przypadku posiadania planów proszę podkreślić i skomentować odpowiedź **TAK →** należy wskazać jedną z poniższych informacji, tj. czy:

- planowane jest zatrudnienie na czas nieokreślony/aktualne zatrudnienie jest na czas nieokreślony

czy

- planowane jest zatrudnienie pracownika na czas określony na co najmniej 6 miesięcy

**TAK – na jaki okres (wg kolejności z tabeli E)**

Pracownik poz. 1 …………………..……………..…………………………………………………………………… Pracownik poz. 2…..…………………………………………………………………………………………………

Pracownik poz. 3 ……………………………………………………………………………………………………….

Pracownik poz. 4 ……………………………………………………………………………………………………….

Pracownik poz. 5 ……………………………………………………………………………………………………….

* w przypadku nieposiadania planów należy podkreślić odpowiedź **NIE**

**NIE**

* **W przypadku kształcenia samego pracodawcy należy podać informacje na temat planów co do działania firmy w przyszłości.**

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

**H. 1. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW KFS W PORÓWNANIU Z PODOBNYMI USŁUGAMI OFEROWANYMI NA RYNKU**

(Należy dołączyć wszystkie porównywane oferty, tj. wydruk oferty ze strony internetowej danej instytucji lub ofertę sporządzoną przez daną instytucję na wniosek pracodawcy. Oferta powinna zawierać między innymi: nazwę instytucji szkoleniowej, nazwę kursu/egzaminu/kierunku studiów, liczbę godzin kształcenia, cenę netto bez kosztów wyżywienia/ zakwaterowania/przejazdu).

**UWAGA:** w przypadku wnioskowania o kilka różnych kursów/studiów podyplomowych/egzaminów/badań – część **H.1 i H.2** należy wypełnić osobno dla każdego kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta wybranej Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/ Instytucji egzaminującej/ Przychodni/ Ubezpieczyciela** | **Ofertadrugiej****Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/ Instytucji  egzaminującej/ Przychodni/ Ubezpieczyciela** | **Ofertatrzeciej****Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/ Instytucji  egzaminującej/ Przychodni/ Ubezpieczyciela** |
| **1** | **Nazwa i adres oraz NIP****Instytucji szkoleniowej/Uczelni/ Instytucji egzaminującej/Przychodni/ Ubezpieczyciela** |  |  |  |
| **2** | **Nazwa kursu/egzaminu/studiów podyplomowych/egzaminu/ badań lekarskich** |  |  |  |
| **3** | **Cena kursu/studiów podyplomowych/****egzaminu/badań lekarskich/ubezpieczenia** (cena za 1 uczestnika bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem oraz bez podatku VAT) | (cena netto, bez kosztów wyżywienia, zakwaterowania, przejazdu, wykazana w pełnych złotych) | (cena netto, bez kosztów wyżywienia, zakwaterowania, przejazdu) | (cena netto, bez kosztów wyżywienia, zakwaterowania, przejazdu) |
| **4** | **Liczba godzin kursu/studiów podyplomowych** (na 1 uczestnika) |  |  |  |
| **5** | **Koszt osobogodziny kursu/studiów podyplomowych**(iloraz kwoty z wiersza 3 do kwoty z wiersza 4) |  |  |  |
| **6** | **Uzasadnienie wyboru Instytucji szkoleniowej/Uczelni /Instytucji egzaminującej /Przychodni/ Ubezpieczyciela:** |

**H. 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBRANEJ INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ**

1. Nazwa kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badania:

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

1. Planowany termin realizacji kursu/egzaminu/studiów podyplomowych, z uwzględnieniem informacji o możliwości przeprowadzenia kursu przez instytucję szkoleniową w terminie późniejszym:

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

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

1. Dokument, na podstawie którego instytucja szkoleniowa prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (**dotyczy kursów**): właściwe zaznaczyć
	* + 1. CEIDG
			2. KRS
			3. RIS
			4. Inny (wymienić i dołączyć kserokopię dokumentu) ………………………………………..………...
2. Posiadane przez instytucję szkoleniową certyfikaty jakości oferowanych usług **(wymienić jakie i dołączyć kserokopie)**:

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

1. Typ dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez wybranego realizatora usługi kształcenia ustawicznego właściwe zaznaczyć
2. wzór dokumentu wynika z przepisów powszechnie obowiązujących – podać podstawę prawną dokumentu **tj. nazwa, ustawy/rozporządzenia Dz. U., rok, poz., art., §, ust., pkt:**

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

1. wzór dokumentu nie wynika z przepisów powszechnie obowiązujących – **wzór dokumentu należy dołączyć**
2. **Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam że podmiot który reprezentuję:**
3. **Jest powiązany / nie jest powiązany\*** osobowo z wybranymi realizatorami usług kształcenia ustawicznego, tj. (**NALEŻY WPISAĆ WYBRANĄ INSTYTUCJĘ**):

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

1. **Jest powiązany / nie jest powiązany\*** kapitałowo z wybranymi realizatorami usług kształcenia ustawicznego, tj. (**NALEŻY WPISAC WYBRANĄ INSTYTUCJĘ**):

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

**\*** niewłaściwe skreślić

Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli

**I. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. **Prowadzę działaność gospodarczą w zakresie eksportu**.

 **TAK NIE**

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej proszę o podanie informacji czy:stanowisko pracy wskazanego do kształcenia ustawicznego pracownika **jest / nie jest\*** bezpośrednio związane z eksportem.

1. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
2. **Posiadam / nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
3. **Spełniam warunki / nie spełniam warunków\*** rozporządzenia MPIPS z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 roku poz. 117).
4. **Spełniam warunki / nie spełniam warunków/ nie dotyczy\*** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023 roku 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).
5. **Spełniam warunki / nie spełniam warunków/ nie dotyczy\*** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352/9 z 24.12.2013).
6. **Spełniam warunki / nie spełniam warunków/ nie dotyczy\*** o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. U. UE L 190/45 z 27.06.2014).
7. **Oświadczam, że ciąży / nie ciąży/ nie dotyczy\*** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy.
8. **Oświadczam, iż ubiegam się / nie ubiegam\*** się o środki na kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego wskazanych we wniosku osób w innym powiatowym urzędzie pracy.
9. **Oświadczam,** że osoby których dotyczy wniosek **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).
10. **Oświadczam**, że każda osoba przewidziana do objęcia kształceniem ustawicznym jest zatrudniona na umowę  o pracę w wymiarze co najmniej 0,5 etatu, a okres jej trwania obejmuje co najmniej czas kształcenia ustawicznego.
11. **Oświadczam,** że w danym roku kalendarzowym **otrzymałem / nie otrzymałem\*** dofinasowania z KFS (w tym również z innego urzędu pracy) na osoby wskazane we wniosku do objęcia wsparciem. W przypadku otrzymania dofinasowania należy podać Liczbę porządkową z części E osoby, której dotyczy dofinansowanie oraz otrzymaną kwotę dofinasowania.
* Liczba porządkowa …….. kwota otrzymanego dofinansowania………………………… zł.,
* Liczba porządkowa …….. kwota otrzymanego dofinansowania………………………… zł.,
1. **Oświadczam**, że zapoznałem się z zasadami i trybem przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Koninie.
2. **Jestem świadomy,** że dane osobowe dotyczącej mojej osoby/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 procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 rokuo promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 roku, poz. 475 z późn. zm.), 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).
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

 (data) (pieczątka, podpis Wnioskodawcy lub osoby
 upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

\* niewłaściwe skreślić

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Oświadczenie o pomocy de minimis w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702) - **załącznik nr 1** **(dotyczy wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą w rozumieniu regulacji prawa unijnego)**

**i**

**w przypadku wnioskodawców prowadzących działalność rolniczą w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników,**

oświadczenie o pomocy de minimis w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702) - **załącznik nr 1a.**

1. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - **załącznik nr 2 (wypełniają pracodawcy prowadzący działalność gospodarczą).**
2. Ogólne oświadczenie o pomocy de minimis – **załącznik nr 3**.
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** (np. statut, regulamin, uchwałę, a w przypadku spółki cywilnej – umowę spółki lub inne dokumenty właściwe dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli itp. W przypadku Zakładu Aktywności Zawodowej - decyzja wojewody o przyznaniu statusu Zakładu Aktywności Zawodowej).
4. **Program** kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu wybranej instytucji szkoleniowej. Program powinien zawierać między innymi: nazwę instytucji szkoleniowej, nazwę kursu/ egzaminu/kierunku studiów, liczbę godzin kształcenia z informacją czy są to godziny zegarowe czy dydaktyczne, cenę netto bez kosztów wyżywienia/zakwaterowania/przejazdu, tematykę/zakres kursu/egzaminu/kierunku studiów (informacje powinny być zgodne z dołączoną ofertą szkoleniową).
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez wybranego realizatora usługi kształcenia ustawicznego, **o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.**
6. Porównywane oferty szkoleniowe (po 2 oferty dla każdego działania), o których mowa w pkt. H.1 (wydruk ze strony internetowej instytucji szkoleniowej lub sporządzony przez daną instytucję na wniosek pracodawcy). Oferta powinna zawierać między innymi: nazwę instytucji szkoleniowej, nazwę kursu/egzaminu/kierunku studiów, liczbę godzin kształcenia z informacją czy są to godziny zegarowe czy dydaktyczne, cenę netto bez kosztów wyżywienia/ zakwaterowania/przejazdu.
7. Należy dołączyć – w przypadku wyboru:

priorytetu B – załącznik nr 4

priorytetu C – załącznik nr 5.

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

**INFORMACJA O WIELKOŚCI I PRZEZNACZENIU UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(pełna nazwa Podmiotu zgodna z dokumentami rejestrowymi, nr* ***NIP i REGON****)*

\*w ciągu minionych trzech lat **nie uzyskałem/-liśmy** pomocy *de minimis*

\* w ciągu minionych trzech lat **uzyskałem/-liśmy** pomoc *de minimis* w następującej wielkości:

**(**proszę wypełnić poniższą tabelę\*\*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie | Data udzielenia pomocy (dzień-miesiąc-rok) | Wielkość pomocy brutto |
| W PLN | W EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Łączna wartość de minimis** |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej informacji są zgodne ze stanem faktycznym

 …….……………………………………………

 (czytelny podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub

 osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

\* należy zaznaczyć właściwą odpowiedź.

\*\* wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Podmiot otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w ciągu minionych trzech lat.

**UWAGA:**

**Za pośrednictwem stron Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w bazie SUDOP (w zakładce Pomoc Publiczna – Sprawozdawczość – Dane o udzielonej pomocy-SUDOP), można wyszukać informacje odnośnie wielkości otrzymanej pomocy de minimis. W zakładce tej nie można natomiast sprawdzić pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie, którą należy również wykazać.**

**Załącznik nr 1a**

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

................................................................................................................................................

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):

 - działalność w rolnictwie

 - działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  Dzień udzielenia pomocy1) |  Podstawa prawna2) |  Wartość pomocy3) |  Forma pomocy4) |  Przeznaczenie pomocy5) |
| 1 |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |
| **Wartość pomocy ogółem:** |  |  |  |

Objaśnienia:

1) Dzień udzielenia pomocy - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) Podstawa prawna - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) Wartość otrzymanej pomocy - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.

4) Forma pomocy - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) Przeznaczenie otrzymanej pomocy - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

.............................................. ..................................................

(imię i nazwisko) (podpis)

\*) Niepotrzebne skreślić.

 Załącznik nr 2

|  |
| --- |
| **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**  |
| **Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) 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)** |
|  | **A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis1)**  |  |  | **A1. Informacje dotyczące wnioskodawcy niebędącego podmiotem, któremu ma być udzielona pomoc de minimis2)** |  |
|  | **1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu** |  |  | **1a) Identyfikator podatkowy NIP wnioskodawcy3)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu** |  |  | **2a) Imię i nazwisko albo nazwa wnioskodawcy** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu** |  |  | **3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wnioskodawcy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę4)** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **5) Forma prawna podmiotu5)** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **przedsiębiorstwo państwowe** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **jednoosobowa spółka Skarbu Państwa** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 679)** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2024 r. poz. 594)** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.)** |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **inna (podać jaka)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **6) Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1 z późn. zm.)5)** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **mikroprzedsiębiorca** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **mały przedsiębiorca** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **średni przedsiębiorca** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |

 | **inny przedsiębiorca** |  |
|  | **7) Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej KlasyfikacjiDziałalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.)6)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **8) Data utworzenia podmiotu** |  |
|  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Strona 1 z 8** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami7)** |  |
|  | **Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:** |  |
|  | **a) jeden przedsiębiorca posiada większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników drugiego przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **b) jeden przedsiębiorca ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub zgodnie z jego dokumentami założycielskimi?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:** |  |
|  | **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanychz podmiotem przedsiębiorców** |  |  |
|  |  |  |
|  | **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w okresie minionych 3 lat wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom8)** |  |  |
|  |  |  |
|  | **10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy, lub przekształcenia przedsiębiorcy** |  |
|  | **Czy podmiot w okresie minionych trzech lat:** |  |
|  | **a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

 **nie** |  |
|  | **b) przejął innego przedsiębiorcę?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **d) powstał w wyniku przekształcenia przedsiębiorcy?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

 **nie** |  |
|  | **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a lub b należy podać:** |  |
|  | **a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców** |  |  |
|  |  |  |
|  | **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w okresie minionych 3 lat wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom8)** |  |  |
|  |  |  |
|  | **W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c lub d należy podać:** |  |
|  | **a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem lub przekształceniem** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | **b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w okresie minionych 3 lat przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem lub przekształceniem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot8)** |  |  |
|  |  |  |
|  | **Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem była przeznaczona na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:** |  |
|  | **– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w okresie minionych 3 lat przedsiębiorcy przed podziałem8)** |  |  |
|  |  |  |
|  | **– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Strona 2 z 8** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis9)** |  |
|  |  |  |
|  | **1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni- albo w przypadku, o którym mowa w art. 4 ust. 7 rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis,* będący każdym przedsiębiorcą -znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-10)?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **nie dotyczy** |  |
|  | **3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:** |  |
|  |  | **a) podmiot odnotowuje rosnące straty?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **b) obroty podmiotu maleją?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany potencjał do świadczenia usług?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **d) podmiot ma nadwyżki produkcji11)?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest zerowa?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności finansowej?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |  |
|  |  | **Jeśli tak, należy wskazać jakie:** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Strona 3 z 8** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot,któremu ma być udzielona pomoc de minimis** |  |
|  | **Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi działalność:** |  |
|  | **1) w sektorze produkcji podstawowej produktów rybołówstwa i akwakultury12)?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

 **nie** |  |
|  | **2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **4) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rybołówstwa i akwakultury12)?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **5) Czy wnioskowana pomoc de minimis będzie przeznaczona na działalność wskazaną w pkt 1-4?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 lub 2: czy zapewniona jest rozdzielność rachunkowa13) uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?** |

|  |
| --- |
|  |

 **tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **nie dotyczy** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Strona 4 z 8** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis** |  |
|  |  |  |
|  | **1)Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

**nie** |  |
|  | **2)Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc de minimis?** |

|  |
| --- |
|  |

**tak** |

|  |
| --- |
|  |

 **nie** |  |
|  | **3)Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę14) w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.** |  |
|  | **Przeznaczeniepomocy** | **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość otrzymanejpomocy** | **brutto** | **5b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **nominalna** | **5a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Formapomocy** | **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Podstawa prawna udzielenia pomocy** | **informacje szczegółowe** | **3b** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **informacje podstawowe** | **3a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Podmiotudzielającypomocy** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Dzieńudzieleniapomocy** | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Lp.** |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |  |
|  |  |  |
|  | **Strona 5 z 8** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:** |  |
|  | **1) opis przedsięwzięcia:** |  |
|  |  |  |
|  | **2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:** |  |
|  |  |  |
|  | **3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:** |  |
|  |  |  |
|  | **4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:** |  |
|  |  |  |
|  | **5) lokalizacja przedsięwzięcia:** |  |
|  |  |  |
|  | **6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:** |  |
|  |  |  |
|  | **7) etapy realizacji przedsięwzięcia:** |  |
|  |  |  |
|  | **8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** |  |
|  | **Imię i nazwisko** |  | **Numer telefonu** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Stanowisko służbowe** |  | **Data i podpis** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Strona 6 z 7** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1) W przypadku gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności - imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki. |
| 2) Wypełnia się w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej, komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo akcjonariusz prostej spółki akcyjnej lub inny podmiot, na który została przeniesiona odpowiedzialność podatkowa, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika, akcjonariusza albo komplementariusza lub osoby trzeciej, na którą przeniesiono odpowiedzialność podatkową). |
| 3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP. |
| 4) Wpisuje się siedmiocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). |
| 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X. |
| 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód. |
| 7) Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego. |
| 8) Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702), rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi. |
| 9) Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc de minimis, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc de minimis ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2004 r. poz. 291), oraz będących osobami fizycznymi, które na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęły prowadzenia działalności gospodarczej. |
| 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wierzytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski. |
| 11) Dotyczy wyłącznie producentów. |
| 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1, z późn. zm.). |
| 13) 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 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów. |
| 14) Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza. |
|  | **Strona 7 z 8** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 3**

…………………………..

*miejscowość, data*

**Oświadczenie**

**Uwaga: należy podać kwoty w EURO**

W związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy de minimis, wypełniając obowiązek wynikający z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oświadczam, że:

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

(*nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc,* ***nr NIP***)

w ciągu minionych trzech latotrzymał(a)/nie otrzymał(a)\*

* pomoc de minimis w łącznej kwocie …………………….………….EURO
* pomoc de minimis w rolnictwie w łącznej kwocie ………………………………….…. EURO
* pomoc de minimis w rybołówstwie w łącznej kwocie …………….………………….... EURO
* pomoc de minimis przyznawaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym w łącznej kwocie …………………..……………… EURO

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania*

*podmiotu ubiegającego się o pomoc*

*\* Niewłaściwe skreślić.*

**Załącznik nr 4**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu priorytetu B**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności)

Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/-ne w tabeli E w poz. ……………..posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.

………………………………… ……………..…………………………………….

(data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)

**Załącznik nr 5**

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu priorytetu C**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej)

Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/-ne do kształcenia w ramach **priorytetu C** w tabeli E w poz. ……………...posiada/-ją dokumenty potwierdzające wykonywanie co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i nie przysługuje wW. prawo do emerytury pomostowej.

……………………………… ……………..…………………………………….

(data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy)