



Załącznik nr 1 do wniosku

FORMULARZ INFORMACYJNY

1	Dane dotyczące:	<input type="checkbox"/> pracownika <input type="checkbox"/> pracodawcy:
Oznaczenie pracownika / pracodawcy (należy podać symbol za pomocą, którego będzie możliwość identyfikacji uczestnika kształcenia)		
a	Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
b	Zajmowane stanowisko pracownika / pracodawcy wskazanego do odbycia kształcenia ustawicznego:	
c	Zakres obowiązków:	
e	Posiadane kwalifikacje / uprawnienia:	
f	Poziom wykształcenia:	
g	Wiek pracownika / pracodawcy wskazanego do odbycia kształcenia ustawicznego:	
h	Forma zatrudnienia (rodzaj umowy):	
i	Wymiar czasu pracy:	



POWIATOWY URZĄD PRACY W WĘGORZEWIE

j	Okres zatrudnienia:	od ____ - ____ - _____ do ____ - ____ - _____
k	Miejsce wykonywania pracy:	<input type="checkbox"/> Powiat węgorzewski <input type="checkbox"/> Inny (jaki):
l	Czy w okresie 3 ostatnich lat kalendarzowych wskazana w niniejszym formularzu osoba korzystała z kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak proszę wskazać ile razy) Ilość:
2	Pracownik / Pracodawca, kwalifikuje się do objęcia wsparciem zgodnie z priorytetami Rady Rynku Pracy (we właściwym polu wpisać X):	
<input type="checkbox"/>	Wsparcie 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 MRPiPS.	
<input type="checkbox"/>	Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.	
<input type="checkbox"/>	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.	
<input type="checkbox"/>	Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.	
3	Dane dotyczące wnioskowanego wsparcia	
Rodzaj wsparcia (we właściwym polu wpisać X)::		
<input type="checkbox"/>	Kursy	
<input type="checkbox"/>	Studia podyplomowe	



POWIATOWY URZĄD PRACY W WĘGORZEWIE

<input type="checkbox"/>	Egzamin umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych
<input type="checkbox"/>	Badania lekarskie / psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończeniu kształcenia
<input type="checkbox"/>	Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem
<input type="checkbox"/>	Określenie potrzeb Pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS
Tytuł kształcenia (nazwa kursu / kierunku studiów podyplomowych / rodzaj egzaminu/rodzaj badań lekarskich / kierunek kształcenia w związku z ubezpieczeniem NNW, zakres określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego):	
Czy kształcenie wskazane powyżej jest kształceniem obowiązkowym dla wszystkich pracowników / pracodawcy zatrudnionych w danym podmiocie/instytucji (np. szkolenie BHP, bądź takie, którego konieczność odbycia wynika z przepisów prawa regulujących dany zawód):	
<input type="checkbox"/> tak	
<input type="checkbox"/> nie	
Jeżeli do pracownika / pracodawcy przypisanych jest kilka szkoleń należy wskazać, które kształcenie jest obowiązkowe (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej):	
.....	
Nazwa i adres jednostki szkoleniowej / instytucji przeprowadzającej egzamin / uczelni / wykonawcy badań / nazwa firmy ubezpieczeniowej, wykonawcy przeprowadzającego badanie potrzeb szkoleniowych:	



POWIATOWY URZĄD PRACY W WĘGORZEWIE

Okres realizacji:			
Data rozpoczęcia: / /	Data zakończenia: / /
	Dzień / miesiąc / rok		Dzień / miesiąc / rok
Uwagi:			
Miejsce realizacji / odbycia kształcenia (adres):			
Uzasadnienie wyboru realizatora usługi:			



4 Kalkulacja kosztów				
Rodzaj wsparcia (zgodnie z pkt 3)		Wnioskowana wysokość środków rezerwy KFS	Wysokość wkładu własnego Pracodawcy	Całkowita wartość wydatków
RAZEM:				
Informacja o cenach ofert usług identycznych bądź tożsamych oferowanych przez Wykonawców innych niż Wykonawca wybrany do zrealizowania usługi:				
Lp.	Nazwa i adres Wykonawcy	Kierunek kształcenia	Oferowana cena	Liczba godzin / liczba semestrów
1				
2				
3				
4				
5				
6				
UWAGA: należy wypełnić zgodnie z załączonymi kontrofertami. Wnioskodawca winien wykazać minimum 2 kontroferty do każdej usługi.				



5 Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestnika kształcenia ustawicznego:

Tak

Jakie (jeżeli osoba, która zostanie objęta kształceniem ustawicznym ma umowę o pracę na czas określony należy określić czy istnieje możliwość dalszego jej zatrudnienia po upływie okresu obowiązywania umowy **oraz wskazać na jaki okres**):

Nie

Uzasadnienie:

Plany dotyczące działalności firmy w przyszłości (należy wypełnić w przypadku, gdy kształceniem ustawicznym objęty zostanie również Pracodawca):



6	W jaki sposób planowane działania z zakresu kształcenia ustawicznego będą wpływały na utrzymanie zatrudnienia objętych wsparciem osób (należy wypełnić, jeżeli kształceniem ustawicznym objęty będzie pracownik).
7	W jaki sposób planowane działania z zakresu kształcenia ustawicznego będą wpływały na funkcjonowanie firmy (należy wypełnić, jeżeli kształceniem ustawicznym zostanie objęty Pracodawca).



8	<p>Uzasadnienie celowości przyznania dofinansowania do kosztów kształcenia ustawicznego w ramach środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego w ramach wnioskowanego priorytetu (uzasadnienie należy wpisać we właściwym dla danej osoby priorytecie).</p> <p>W uzasadnieniu należy uwzględnić informacje dotyczące powiązania kształcenia ustawicznego ze wskazanym priorytetem oraz sposób, w jaki wykorzystane nabyte w toku kształcenia ustawicznego kompetencje / kwalifikacje zostaną wykorzystane.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Priorytet A – Wsparcie 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 MRPiPS.</p> <p>Ze środków w ramach tego priorytetu korzystać mogą wszyscy pracownicy przedsiębiorstw społecznych i ZAZ oraz pracownicy i członkowie spółdzielni socjalnych. Pracodawcy zamierzający skorzystać z tego priorytetu powinni wykazać, 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. Szczegółowe informacje dotyczące priorytetu zamieszczone są w ogłoszeniu o naborze.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u></p>



<input type="checkbox"/>	Priorytet B – Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.
	<p>Wnioskodawca składający wniosek o środki w ramach powyższego priorytetu powinien udowodnić posiadanie przez kandydata wskazanego do odbycia kształcenia ustawicznego orzeczenia o niepełnosprawności tj. przedstawić orzeczenie o niepełnosprawności kandydata na szkolenie bądź oświadczenie o posiadaniu takiego orzeczenia. W uzasadnieniu należy wykazać potrzebę nabycia umiejętności.</p>
	<p><u>Uzasadnienie:</u></p>
<input type="checkbox"/>	Priorytet 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.
	<p>Priorytet ten promuje działania wobec osób pracujących w warunkach niszczących zdrowie i w szczególności powinien objąć osoby, które nie mają prawa do emerytury pomostowej (w stosunku do lat poprzednich nie ma tu żadnych zmian). Wykaz prac w szczególnych warunkach stanowi załącznik nr 1, a prac o szczególnym charakterze - załącznik nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2023, poz. 164). Szczegółowe informacje dotyczące priorytetu zamieszczone są w ogłoszeniu o naborze.</p>
	<p><u>Uzasadnienie:</u></p>



Priorytet D – Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.

Wnioskodawca składający wniosek o środki w ramach powyższego priorytetu powinien udowodnić/wykazać, że wnioskowana forma kształcenia ustawicznego dotyczy branży (obszaru) kluczowej dla rozwoju powiatu /województwa. Środki w ramach niniejszego priorytetu mogą zostać przeznaczone na wsparcie kształcenia ustawicznego w następujących obszarach:

- Drewno i meblarstwo
- Żywność wysokiej jakości
- Ekonomia wody
- Turystyka

Powyższa lista została określona na podstawie niżej wymienionych dokumentów strategicznych:

1. „Strategia Warmińsko–Mazurskie 2030. Strategia rozwoju społeczno-gospodarczego” dostępna na stronie internetowej:
<https://strategia.warmia.mazury.pl/strategia-2030/>
2. „Strategia terytorialna” dostępna na stronie internetowej:
https://powiatwegorzewski.pl/cms/7908/strategia_terytorialna

Warunkiem dostępu do niniejszego priorytetu jest posiadanie jako przeważającego (według stanu na dzień 1 stycznia 2024 r. odpowiedniego kodu PKD oraz zawarte we wniosku o dofinansowanie wiarygodne uzasadnienie konieczności nabycia nowych umiejętności.

Szczegółowe informacje dotyczące priorytetu zamieszczone są w ogłoszeniu o naborze.

Uzasadnienie:



9 Oświadczenie Pracodawcy

Oświadczam, że w bieżącym roku, koszty kształcenia ustawicznego, o którym mowa w art. 69a ust. 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.), na wskazanego w niniejszym formularzu uczestnika kształcenia, nie przewyższają 300% przeciętnego wynagrodzenia.

Oświadczam, że wskazany w niniejszym formularzu uczestnik kształcenia ustawicznego, na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, spełnia warunki / kryteria dostępu określone w priorytetach wydatkowania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

Oświadczam, że osoba, która zostanie objęta dofinansowaniem do kosztów kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zatrudniona jest na podstawie umowy o pracę. Okres zatrudnienia tej osoby (w przypadku pracownika zatrudnionego na czas określony) nie jest krótszy niż do końca trwania kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

Oświadczam, że wskazana we wniosku osoba, która zostanie objęta kształceniem ustawicznym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego nie przebywa na urlopie macierzyńskim / ojcowskim / wychowawczym.

Oświadczam, że pracownik, który zostanie objęty kształceniem ustawicznym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, nie posiada statusu osoby współpracującej (zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych /Dz. U. z 2024 r. poz. 497/ 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 lub wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia; nie dotyczy to osób, z którymi została zawarta umowa o pracę w celu przygotowania zawodowego).

Oświadczam, że osoba wskazana przez mnie do odbycia kształcenia wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu oceny i realizacji wniosku. Oświadczam również, że ww. osoba zapoznała się z informacją (stanowiącą załącznik nr 8 do wniosku), wynikająca z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (w skrócie RODO).

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć Wnioskodawcy



POWIATOWY URZĄD PRACY W WĘGORZEWIE

UWAGA:

W przypadku zgłaszania do odbycia kształcenia ustawicznego więcej niż 1 pracownika / pracodawcę, należy wypełnić niniejszy załącznik oddzielnie dla każdej z osób.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć Wnioskodawcy