

**KARTA OCENY**

**WNIOSKU PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW REZERWY KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS) NA SFINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

**Nazwa i adres pracodawcy: ……………………………………………………………. ……………………………………………………............ ……………………………………………………...........**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kryterium:** | **Tak/Nie** | **Uwagi** |
| **1** | Posiadanie statusu pracodawcy przez podmiot ubiegający się o wsparcie w ramach środków KFS |  |  |
| **2** | Zaświadczenia/Oświadczenie o pomocy de minimis |  |  |
| **3** | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis |  |  |
| **4** | Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej |  |  |
| **5** | Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu oddzielnie do każdej formy wsparcia |  |  |
| **6** | Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego |  |  |
| **7** | Wnioskodawca spełnia warunki do uzyskania pomocy de minimis zgodnie z rozporządzeniem Komisji Europejskiej |  |  |
| **8** | Zgodność dofinasowania działań z ustalonymi priorytetami wydatkowania środków KFS |  |  |
| **9** | W przypadku kursów - posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia (np. wpis do ewidencji szkól i placówek niepublicznych, wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych właściwego Wojewódzkiego Urzędu Pracy, zapisy informujące o świadczonych usługach w zakresie edukacji pozaszkolnej, w aktach prawnych, statucie, regulaminie, PKD: 85.5) |  |  |
| **10** | Współpracowanie z osobami / podmiotami wobec, których stosowane są środki sankcyjne z uwagi na bezpośredni lub pośredni sposób wspierania działań wojennych Federacji Rosyjskiej |  |  |
| **11** | W dniu złożenia wniosku zaleganie z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych a także wobec Urzędu Skarbowego |  |  |

**Część I**

**OCENA FORMALNA**

**W przypadku uzyskania chociażby jednej negatywnej odpowiedzi z kryterium formalnej oceny wniosku w pozycjach 1-9, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia i nie będzie on podlegał dalszej ocenie.**

**Część II**

**PRAWIDŁOWOŚĆ ZŁOŻONEGO WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czy wniosek zawiera:** | **Tak** | **Nie** | **Uwagi** |
| 1 | Pieczęć pracodawcy |  |  |  |
| 2 | Czy wniosek został złożony w terminie? |  |  |  |
| Cz. A | **DANE PRACODAWCY** |  |  |  |
| 1 | Pełna nazwa pracodawcy |  |  |  |
| 2 | Adres siedziby pracodawcy |  |  |  |
| 3 | Adres do korespondencji |  |  |  |
| 4 | Miejsce prowadzenia działalności |  |  |  |
| 5 | Dane teleadresowe pracodawcy: |  |  |  |
| - numer telefonu |  |  |  |
| - adres poczty elektronicznej |  |  |  |
| 6 | - NIP |  |  |  |
| - REGON |  |  |  |
| - KRS |  |  |  |
| 7 | Data rozpoczęcia działalności |  |  |  |
| 8 | PKD 2007/ PKD 2025 (przeważające) |  |  |  |
| 9 | Wielkość przedsiębiorstwa |  |  |  |
| 10 | Liczba zatrudnionych pracowników  - w tym cudzoziemców |  |  |  |
| 11 | Ogólna liczba pracowników i pracodawców planowana do objęcia wsparciem,  - w tym liczba osób pełniących funkcję pracodawcy |  |  |  |
| 12 | Czy wniosek złożono w innym urzędzie? |  |  |  |
| 13 | Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy |  |  |  |
| 14 | Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z Urzędem |  |  |  |
| Cz. B | **WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** |  |  |  |
| 1 | Całkowita wysokość wydatków na działania  w tym:  - kwota wnioskowana z KFS  - kwota wkładu własnego |  |  |  |
| 2 | Nazwa i numer rachunku bankowego |  |  |  |
|  | **Czy wniosek zawiera?** |  |  |  |
| **1** | **Tabela nr 1 - Informacje dotyczące**  **kształcenia ustawicznego** |  |  |  |
| **2** | **Tabela nr 2 - Informacje o planowanych**  **działaniach** |  |  |  |
| **3** | **Tabela nr 3 – Dane uczestnika i zakres wsparcia** |  |  |  |
| **4** | **Uzasadnienie potrzeby odbycia wybranego kształcenia** |  |  |  |
| **5** | **Kalkulacja kosztów szkolenia - załącznik nr 3 do wniosku** |  |  |  |
| **6** | **Oświadczenie Pracodawcy – załącznik nr 4 do wniosku** |  |  |  |
| **7** | **Oświadczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie z programów unijnych lub krajowych dot. środków sankcyjnych – załącznik nr 5 do wniosku** |  |  |  |
| **8** | **Oświadczenia do priorytetu 10, 11, 12, 13 – jeżeli dotyczą** |  |  |  |

**UWAGI KOMISJI:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Członkowie Komisji** | **Podpis** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

***data………………………………***