

.....  
(Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO  
PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 i 1149 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 ze zm.)

**A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY**

1. Pełna nazwa pracodawcy.....  
.....

2. Adres siedziby pracodawcy.....

3. Miejsce prowadzenia działalności .....  
.....

4. Telefon ..... fax.....

e-mail .....

5. NIP.....REGON .....KRS/CEIDG.....

6. Forma prawna prowadzonej działalności .....

7. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej\_określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) .....

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018r. poz. 646) <sup>1</sup> \*:

mikro  małe  średnie  inne

\_\_\_\_\_

\*właściwe zaznaczyć

<sup>1</sup>Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniało łącznie następujące warunki: zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniało łącznie następujące warunki: zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniało łącznie następujące warunki: zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.

Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.

9. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043 z późn.zm.) na dzień złożenia wniosku .....

10. Numer konta bankowego Pracodawcy:

.....

11. Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) :

imię i nazwisko..... stanowisko służbowe .....

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko .....stanowisko .....

telefon /fax ....., e-mail .....

## **B. CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym: .....zł

słownie: .....

w tym:

a) kwota wnioskowana z KFS<sup>2</sup>: .....zł

słownie: .....

b) kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: .....zł

słownie: .....

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać takich kosztów jak: wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów na rok 2018 (właściwe zaznaczyć):

- wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych,
- wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy,
- wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.

### **wydatkowanie rezerwy - priorytety na rok 2018:**

- wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;

---

<sup>2</sup> Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą sfinansować ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa.

- wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

### C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE

Lp	Nazwa kursu	Liczba osób	Termin realizacji (od ..do..)	Koszt szkolenia dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							
2							
	<b>RAZEM</b>	-	-	-			

Lp	Kierunek studiów podyplomowych	Liczba osób	Termin realizacji studiów podyplomowych (od..do)	Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							
2							
	<b>RAZEM</b>	-	-	-			

Lp	Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu	Liczba osób	Termin realizacji (od..do)	Koszt dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych	Liczba osób	Termin przeprowadzenia egzaminu (od..do..)	Koszt egzaminu dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							
2							

Lp	Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia	Liczba osób	Data ubezpieczenia (od..do..)	Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							
2							

**Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia**

**D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Wyszczególnienie		Pracodawca/y	Liczba pracowników	
			razem	kobiety
Objęci wsparciem ogółem				
w tym:				
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			
Wykonujący pracę w szczególnych warunkach				
Wykonujący pracę o szczególnym charakterze				
Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności				
Nazwa stanowiska, na którym zatrudniony jest pracownik:		X		
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**E. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/PACOWNIKA:**

- a) Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań.

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

- b) Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rozwojowymi pracownika i pracodawcy oraz obejmowanym stanowiskiem i pełnionymi obowiązkami służbowymi oraz zgodność z potrzebami rynku pracy

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

- c) Zgodność planowanych działań z określonymi na 2018 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub priorytetów rezerwy Rady Rynku Pracy w zależności od naboru)

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

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

#### F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA

1.	nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego	
2.	nazwa kształcenia ustawicznego /terminy realizacji wsparcia	
3.	liczba godzin kształcenia ustawicznego	
4.	cena usługi kształcenia ustawicznego/koszt przypadający na jednego uczestnika	
5.	liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem	
6.	posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu)	
7.	Numer Regon oraz numer KRS bądź CEIDG realizatora usługi kształcenia ustawicznego	
8.	Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, cena rynkowa (minimum 1 oferta o ile to możliwe):	
Uzasadnienie wyboru danego realizatora		

**\* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielić, zgodnie z liczbą realizatorów.**

**G. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS (proszę określić czas trwania umów o pracę z pracownikami; w przypadku umów na czas określony- informacja o możliwości przedłużenia tych umów):**

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

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie wnioskodawcy - Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie - Załącznik nr 2.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - Załącznik nr 3- stanowi:
  - załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo
  - lub
  - załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa.
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.
6. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisów.
7. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

.....  
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. **Zalegam\* / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **Zalegam\* / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. **Posiadam\* / Nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*** rozporządzenia MPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018 r. poz.117);
5. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\***, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)\*
6. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\***, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)\*;
7. Oświadczam, że **jestem /nie jestem\*** zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy\*;
8. Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.
9. Oświadczam, że wsparcie przypadające na jednego pracownika nie przekracza 300 % przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z Art 69 B pkt. 1 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
10. **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.**
11. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043).**



## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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), informuję, iż:

Administratorem Pani/Pana danych jest – Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Mławie ul. Wyspiańskiego 7 w imieniu, którego występuje Dyrektor Urzędu.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest – Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Mławie ul. Wyspiańskiego 7 w imieniu, którego występuje Dyrektor Urzędu.
2. Dane kontaktowe do inspektora ochrony danych osobowych dla Powiatowego Urzędu Pracy w Mławie: [ido@pup.mlawa.pl](mailto:ido@pup.mlawa.pl).
3. Cel przetwarzania danych/podstawa przetwarzania: Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz niezbędne do wykonania postanowień umowy art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO oraz w związku z realizacją przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wraz z aktami wykonawczymi. Dane osobowe pracodawców przetwarzane są w związku z ubieganiem się o wsparcie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego oferowane przez administratora.
4. Kategoria odbiorców danych: tylko podmioty upoważnione na mocy przepisów prawa.
5. Przekazywanie danych do państw: nie dotyczy.
6. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną i jednolitym rzeczowym wykazem akt.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, prawo do cofnięcia zgody\* w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne do korzystania z usług i instrumentów rynku pracy.
10. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości korzystania z oferowanych form aktywizacji zawodowej.
11. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie podlegają profilowaniu.

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

W przypadku danych osobowych pracowników wskazanych przez Wnioskodawcę do objęcia kształceniem ustawicznym na dalszych etapach ewentualnej realizacji procedury, administratorem tych danych jest Wnioskodawca, tj. Pracodawca.

Administrator (Pracodawca) oświadcza, że spełnił obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych wobec swoich pracowników oraz posiada wszelkie niezbędne w tym celu zgody, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

**\* niepotrzebne skreślić**

.....  
(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS, POMOCY DE MINIMIS W  
ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Imię i nazwisko/nazwa firmy .....

Adres siedziby.....

NIP .....

**Oświadczam, iż:**

- w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis*,

- w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.

L.p.	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)	Przeznaczenie pomocy	Wartość pomocy w euro
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
				<b>Razem</b>	

**Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 k.k., : „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”**

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/czytelny podpis wnioskodawcy/

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych (**dane do sprawdzenia na stronie [www.sudop.uokik.gov.pl](http://www.sudop.uokik.gov.pl)**).

## KARTA OCENY WNIOSKU O PRYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO

Nazwa Wnioskodawcy .....

Nr sprawy (wniosku) .....

**Wnioskodawca rozliczył się lub wywiązał z umów zawartych z Powiatowym Urzędem Pracy w Mławie**

TAK

NIE\*

**\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” środki nie będą przyznane Wnioskodawcy zgodnie z Regulaminem w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców przez Powiatowy Urząd Pracy w Mławie. Dalsze wypełnienie Karty nie jest konieczne.**

KRYTERIA OCENY	PUNKTY	
	MOŻLIWE DO UZYSKANIA	UZYSKANE
Zgodność dofinansowywanych działań z ustalonymi priorytetami wydatkowania środków KFS na dany rok	TAK - 1 pkt. NIE - 0 pkt.	
Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy	TAK - 1 pkt. NIE - 0 pkt.	
Koszty usługi kształcenia ustawicznego wskazanej do sfinansowania ze środków KFS w porównaniu z kosztami podobnych usług dostępnych na rynku	- Zgodny z cenami rynkowymi - 1-5 pkt. -Znacznie odbiegający od cen rynkowych – 0 pkt.	
Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego	TAK - 1 pkt. NIE - 0 pkt.	
W przypadku kursów – posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego	TAK - 1 pkt. NIE - 0 pkt.	
Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS	1-5 pkt.	
Możliwość sfinansowania ze środków KFS działań określonych we wniosku, z uwzględnieniem limitów, o których mowa w art. 109 ust. 2k i 2m ustawy	TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.	
Wnioskodawca otrzymał środki w ramach KFS w ciągu ostatnich 12miesięcy	TAK – 0 pkt. NIE – 1 pkt.	
Dotychczasowa współpraca z Wnioskodawcą przebiega prawidłowo i bez zastrzeżeń	TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.	
Wnioskodawca wnioskuje o sfinansowanie kształcenia ustawicznego związanego z wykonywanym zawodem i zajmowanym stanowiskiem pracy	TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.	

Wnioskodawca wnioskuje o sfinansowanie kształcenia ustawicznego związanego ze zdobyciem wiedzy, umiejętności lub uprawnień w związku z ich dezaktualizacją lub dostosowanie się do nowych technologii	<b>TAK – 1 pkt.</b> <b>NIE – 0 pkt.</b>	
Wnioskodawca wnioskuje o sfinansowanie kształcenia ustawicznego zgodnego z profilem działalności firmy oraz z zajmowanym stanowiskiem	<b>TAK – 1-5 pkt.</b> <b>NIE – 0 pkt.</b>	
Uzasadnienie potrzeby kształcenia w oparciu o zajmowane stanowisko i profil działalności firmy oraz potrzeby rynku pracy	<b>1-5 pkt.</b>	
<b>Maksymalna suma punktów</b>	<b>29</b>	

**Wniosek może być rozpatrzony pozytywnie, gdy uzyska min. 16 punktów. Powiatowy Urząd Pracy w Mławie zastrzega sobie prawo do negatywnego rozpatrzenia wniosku w przypadku stwierdzenia, że cena kształcenia znacznie przekracza cenę rynkową (nawet jeśli uzyska liczbę punktów pozwalającą na przyznanie środków).**

Po zapoznaniu się ze stanowiskiem Komisji do spraw rozpatrywania wniosków o przyznanie wsparcia finansowego ze środków znajdujących się w dyspozycji Powiatowego Urzędu Pracy w Mławie oraz po analizie dostępnych dokumentów, Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Mławie podejmie ostateczną decyzję o sposobie rozpatrzenia wniosków.

Liczba punktów przyznanych przez Komisję do spraw rozpatrywania wniosków o przyznanie wsparcia finansowego : .....

**Komisja wnioskuje o pozytywne/negatywne\* rozpatrzenie wniosku**

**Uzasadnienie ( w przypadku opinii negatywnej):**

.....  
.....

**Skład komisji:**

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

**Ostateczna decyzja Dyrektora PUP:**

Wniosek został rozpatrzony pozytywnie/negatywnie\* .....

.....  
Data i podpis Dyrektora PUP