Załącznik nr 3 do umowy o finasowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

POWIATOWY URZĄD PRACY w Węgrowie

Krajowy Fundusz Szkoleniowy

CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

…….
pieczątka pracodawcy

……dnia……
miejscowość

ROZLICZENIE PRZYZNANYCH ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY

na podstawie umowy nr UmKszUstKFS/20/……. z dnia…….…… r. oraz aneksu nr …… z dnia …….. r.

1. Kursy:

Lp.	Temat kursu	Imię i nazwisko osoby objętej kursem	Termin realizacji /kwartał/y 2020 r./	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków KFS w zł	Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł	Nr faktury (rachunku)	Nr pozycji na fakturze (rachunku)	Ukończenie kursu TAK / NIE

2. Studia podyplomowe:

Lp.	Kierunek studiów podyplomowych	Imię i nazwisko osoby objętej studiami podyplomowymi	Termin realizacji /kwartał/y 2020 r./	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków KFS w zł	Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł	Nr faktury (rachunku)	Nr pozycji na fakturze (rachunku)	Ukończenie studiów podyplomowych TAK / NIE

3. Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:

Lp.	Rodzaj egzaminu	Imię i nazwisko osoby objętej egzaminem	Termin realizacji /kwartał/y 2020 r./	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków KFS w zł	Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł	Nr faktury (rachunku)	Nr pozycji na fakturze (rachunku)	Zdanie egzaminu TAK / NIE

4. Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:

Lp.	Rodzaj badań lekarskie/psychologiczne	Imię i nazwisko osoby objętej badaniami	Termin realizacji /kwartał/y 2020 r./	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków KFS w zł	Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł	Nr faktury (rachunku)	Nr pozycji na fakturze (rachunku)	Przeprowadzenie badania TAK / NIE

5. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia:

Lp.	Rodzaj ubezpieczenia od NNW	Imię i nazwisko osoby objętej ubezpieczeniem	Termin realizacji /kwartał/y 2020 r./	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wnioskowana wysokość środków KFS w zł	Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł	Nr faktury (rachunku)	Nr pozycji na fakturze (rachunku)	Objęcie ubezpieczeniem TAK / NIE

.....

/podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/

Załączniki:

Załącznik nr 1 do rozliczenia - Zestawienie liczby uczestników objętych działaniami, zawierające:

1) liczbę osób objętych działaniami finansowanymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego według płci, grupy wiekowej 15-24 lata, 25-34 lata, 35-44 lata, 45 lat i więcej, poziomu wykształcenia oraz liczby osób pracujących w szczególnych warunkach lub wykonujących prace o szczególnym charakterze;
2) liczbę osób, które zostały objęte działaniami: kurs, studia podyplomowe, przystąpiły do egzaminu, zostały skierowane na badania lekarskie lub psychologiczne, zostały ubezpieczone – finansowane z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
3) liczbę osób, które ukończyły z wynikiem pozytywnym: kurs, studia podyplomowe lub zdały egzamin – finansowane z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

Załącznik nr 2 do rozliczenia – Uwierzytelnione za zgodność z oryginałem kopie umów o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego z pracownikami.

Załącznik nr 3 do rozliczenia – Dowody zapłaty faktur lub rachunków (faktury/rachunki muszą był opłacane z tego samego rachunku pracodawcy, na który Starosta przekazał środki KFS);

Załącznik nr 4 do rozliczenia – Uwierzytelnione za zgodność z oryginałem kopie stosownych zaświadczeń lub innych dokumentów potwierdzających ukończenie działania i uzyskania uprawnień lub kwalifikacji (zgodne z przedłożonym wzorem do wniosku o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS).