**Zbiór wybranych załączników składanych do wniosku.**

**(REZERWA KFS 2025)**

1. Załącznik nr 1 - Oświadczenie Wnioskodawcy o pomocy *de minimis*.
2. Załącznik nr 5 - Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu. Oferta realizatora działań wnioskowanych przez Pracodawcę.
3. Załącznik nr 7 - Oświadczenie Wnioskodawcy.
4. Przykład Załącznika nr 8 - Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy.
5. Załącznik nr 9 - Oświadczenie o osobach pełniących funkcje zarządcze w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością.
6. Załącznik nr 10 - Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia.
7. Załącznik nr 12 - Oświadczenie obligatoryjne w przypadku priorytetu nr 10 rezerwy KFS 2025.
8. Załącznik nr 13 - Oświadczenie obligatoryjne w przypadku priorytetu nr 11 rezerwy KFS 2025.
9. Załącznik nr 14 - Oświadczenie obligatoryjne w przypadku priorytetu nr 12 rezerwy KFS 2025.
10. Załącznik nr 15 - Oświadczenie obligatoryjne dla wszystkich Pracodawców dot. miejsca świadczenia pracy przez osoby kierowane na kształcenie.

**Uwaga**

**Ww. załączniki (z wyjątkiem załącznika nr 8) należy złożyć na obowiązujących formularzach, których wzory zamieszczamy poniżej.**

**Załącznik nr 2a/2b należy również złożyć na obowiązującym formularzu zamieszczonym   
w ogłoszeniu o naborze.**

**Każdy składany załącznik wymaga podpisu elektronicznego.**

**Dla kilku załączników zapisanych w jednym pliku wystarczy jeden podpis elektroniczny i złożenie obowiązkowo sygnatury (tj. znaku graficznego) podpisu OBLIGATORYJNIE w miejscu poniżej lub pod każdym załącznikiem w miejscu do tego przeznaczonym.**

**Oświadczam**, że świadomie wypełniam i składam wszystkie niżej wypełnione załączniki, w tym, stanowiące odrębne oświadcznia i **poświadczam** poniższą sygnaturą podpisu elektronicznego podpisanie każdego z nich z osobna w imieniu Pracodawcy:

Nazwa……..

NIP …………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*   |  |  | | --- | --- | |  | *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy  lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* | |

**Załącznik nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POMOCY DE MINIMIS (\*)**

**Oświadczam:**

* że Pracodawca w ciągu ostatnich trzech pełnych lat wstecz:
* **nie otrzymał**\* środków stanowiących pomoc de minimis

lub

* **otrzymał**\* środki stanowiące pomoc de minimis, wykazane

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * poniżej w tabeli \* **lub** | | * w załączniku \**,*\*\* | | |
| Lp. | organ udzielający pomocy | | podstawa prawna | | dzień udzielenia pomocy  (dd.mm.rrrr) | wartość pomocy  w EUR | | numer programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1 |  | |  | |  |  | |  |
| 2 |  | |  | |  |  | |  |
| Łącznie w EUR | | | | | |  | | |

* że Pracodawca wraz z podmiotami powiązanymi w rozumieniu przepisów unijnych:
* **nie przekracza**\* przysługującego limitu środków, stanowiących pomoc *de minimis*

**lub**

* **przekracza**\* przysługujący limit środków, stanowiących pomoc *de minimis.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*   |  |  | | --- | --- | |  | *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy  lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* | |

*Przypadki udzielonej pomocy można znaleźć w systemie SUDOP.* [*https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary*](https://sudop.uokik.gov.pl/search/aidBeneficiary)

*(\*) Jeśli Pracodawca nie podlega regulacjom dot. pomocy de minimis i wnioskowane wsparcie z KFS nie będzie stanowić pomocy de minimis, powinien uzupełnić ten fakt w oświadczeniu.*

*\* Niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć prawidłowe.*

*\*\* Załącznik należy również podpisać.*

|  |
| --- |
| **Załącznik nr 5** |
| …………………………………………………………………………  pieczęć lub dane instytucji szkolącej/egzaminującej/wyższej szkoły |
| **Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu**  **OFERTA REALIZATORA DZIAŁAŃ WNIOSKOWANYCH PRZEZ PRACODAWCĘ** (wypełnia instytucja szkoląca / egzaminująca / wyższa szkoła) |
| 1. **Dane o organizacji kształcenia** |
| **Nazwa, adres, NIP i REGON instytucji szkolącej / wyższej szkoły / egzaminującej**  UWAGA: w przypadku podmiotów bez własnego nr NIP i/lub prowadzonych przez inne podmioty należy dodać taką informację wraz z danymi podmiotu prowadzącego, który będzie wystawcą faktury za kształcenie (nazwa, NIP, adres). |
|  |
| **Rodzaj i nazwa kształcenia** |
| RODZAJ (właściwe znaznacz): kurs / studia podyplomowe / egzamin  NAZWA: ……………………………………… |
| **Termin realizacji kursu/studiów podyplomowych/egzaminu** |
|  |
| **Wymiar godzinowy kształcenia wyrażony w godzinach** |
|  |
| **Szkolenie otwarte / zamknięte / online** |
|  |
| **Wymagania wstępne dla kandydatów** |
|  |
| **Liczba osób w grupie wymagana, aby kurs się odbył** |
|  |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu / studiów podyplomowych / zdaniu egzaminu** **lub szczegółowa podstawa prawna określająca wzór dokumentu** (tj. akt prawny art., ust, pkt; Dz.U. rok i poz; w przypadku braku podstawy prawnej, określającej wzór dokumentu, należy dołączyć wzór dokumentu od realizatora) |
|  |
| **Koszt w zł kursu lub studiów podyplomowych lub egzaminu podawany dla 1 uczestnika oraz koszt osobogodziny w zł**  (nie będą honorowane koszty podane dla grupy i uzależnione od ilości uczestników) |
| Cena za 1 osobę w zł …………………………….. Koszt za osobogodzinę w zł ……………………………… |
| **Miejsce prowadzenia kursu/studiów podyplomowych/egzaminu (pełny adres)** |
|  |
| 1. **Program** |
| **Cel kształcenia: kursu / studiów podyplomowych / egzaminu** |
|  |
| **Program kształcenia: kursu / studiów podyplomowych lub/i zakres egzaminu** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| …………………………………………………… |
| *pieczęć i podpis osoby reprezentującej  instytucję szkolącą / egzaminującą* |
|  |

**Załącznik nr 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam w imieniu swoim i Pracodawcy, 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 nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.
4. **Podlegam / nie podlegam**\* stosowaniu Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego - aktualny tekst znajduje się na stronie: warszawa.praca.gov.pl
5. **Podlegam stosowaniu / nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
6. **Podlegam / nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
7. **Podlegam / nie podlegam**\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
8. **Byłem(am) / nie byłem(am)\*** karany(a) zakazem dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
9. Oświadczam, że **ciąży / nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy; podać numer decyzji komisji.
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.**
12. **Wszyscy pracownicy wskazani we wniosku są zatrudnieni na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.**
13. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
14. **Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia na piśmie Urzędu Pracy m.st. Warszawy, jeżeli   
    w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**
15. **Zapoznałem się z Zasadami przyznawania pracodawcy środków rezerwy KFS obowiązującymi   
    w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy w 2025 r. i zobowiązuję się ich przestrzegać**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *………………………………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej   do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

*\* niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 8** (przykład)

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**:

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisana/ny **reprezentująca/y\*** Pracodawcę **lub będąca/y\*** Pracodawcą **upoważniam** Panią/Pana ……………………………………….. legitymującą/cego się dokumentem tożsamości rodzaj(\*): dowód osobisty / paszport / inny: ………….,

seria **….** numer **…………….**,

zamieszkałej/łego w: **…………………** kod: **…………..**, ul. **…………………………**

do dokonywania w imieniu Pracodawcy czynności faktycznych i prawnych związanych z Krajowym Funduszem Szkoleniowym, w tym do\*:

* złożenia wniosku,
* podpisania wniosku,
* składania wszelkich oświadczeń,
* podpisania umowy,
* wszelkich czynności związanych z realizacją umowy rezerwy KFS.

Pełnomocnictwo jest ważne do **……………………………**.

Pełnomocnik nie jest umocowany do udzielania dalszych pełnomocnictw.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy,*  *w przypadku braku imiennej pieczęci*  *należy złożyć czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

*\*niepotrzebne skreślić lub właściwe podkreślić; nieznaznaczenie żadnego będzie rozumiane,*

*jako umocowanie do wszystkich czynności*

**Załącznik nr 9**

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

o osobach pełniących funkcje zarządcze

w spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że wśród osób wskazanych jako uczestnicy we Wniosku Pracodawcy o przyznanie środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2025 r.,

* **jest\*** Prezes / Wiceprezes / Członek Zarządu, który **jest** jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki

**lub**

* **jest\*** Prezes / Wiceprezes / Członek Zarządu, który **nie jest** jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki
* żadne z powyższych\*

**oraz**

* są\* Członkowie Zarządu, **będący** jedynymi lub większościowymi udziałowcami Spółki, którzy są zatrudnieni w Spółce na podstawie **umowy o pracę** regulowanej przez Kodeks pracy

**lub**

* są\*Członkowie Zarządu, **nie będący** jedynymi lub większościowymi udziałowcami Spółki, którzy są zatrudnieni w Spółce na podstawie **umowy o pracę** regulowanej przez Kodeks pracy
* żadne z powyższych\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

*\*niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć*

**Załącznik nr 10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane albo pieczątka Pracodawcy**:  …………………….…………  (nazwa)  …………………………….…  (adres siedziby)  …………………….…………  (NIP) |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

dot. niepodleganiu wykluczenia z ubiegania się o udzielenie wsparcia

Działając w imieniu swoim, jak również Pracodawcy, którego reprezentuję, **oświadczam**, że:

* **podlegamy\***

lub

* **nie podlegamy\***

**wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia** na podstawie art. 5l1 rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających   
w związku z działaniami Rosji destabilizującym sytuację na Ukrainie (Dz.Urz.UE nr L111   
z 8.4.2022, str. 1), zm. rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014,

oraz

* **jesteśmy\***

lub

* **nie jesteśmy\***

związani z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście.

Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem/am się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA:

[www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](http://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *………………………………………*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

*\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć*

1 art. 5l zawarty w Rozporządzeniu Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie „***zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną***

**Załącznik nr 12**

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**dot. priorytetu nr 10** do wniosku rezerwy KFS w 2025 r.

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba/osoby wskazana/e we wniosku w „Danych dotyczących uczestnika planowanego do objęcia wsparciem” w ramach priorytetu nr 10, tj. „Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia”   
pod nr porządkowym ………….…..…

**ma/mają ukończone 50 lat** na dzień złożenia wniosku.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………..……………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

**Załącznik nr 13**

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**dot. priorytetu nr 11** do wniosku rezerwy KFS w 2025 r.

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba/osoby wskazana/e we wniosku w „Danych dotyczących uczestnika planowanego do objęcia wsparciem” w ramach priorytetu nr 11, tj. „Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności” **spełnia/ją warunki dostępu do tego priorytetu i ma/ją orzeczoną niepełnosprawność**:

* osoba wskazana pod nr porządkowym ……………………
* niepełnosprawność orzeczona przez: …………………………………………..………………………..   
   *(należy wpisać nazwę uprawnionej instytucji do wydania orzeczenia)*
* nr orzeczenia: ……………..…………
* z dnia (dd.mm.rrrr): ………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

**Załącznik nr 14**

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**dot. priorytetu nr 12** do wniosku rezerwy KFS w 2025 r.

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba/osoby wskazana/e we wniosku w „Danych dotyczących uczestnika planowanego do objęcia wsparciem” w ramach priorytetu nr 12, tj. „Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem”   
pod nr porządkowym ………….…………………..…

**nie posiada/ją świadectwa dojrzałości.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *……………………………………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

**Załącznik nr 15**

**Dane albo pieczątka Pracodawcy**

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**dot. miejsca świadczenia pracy przez osoby kierowane na kształcenie**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że osoba/osoby wskazana/e we wniosku w „Danych dotyczących uczestnika planowanego do objęcia wsparciem”:

* + - pod nr porządkowym …………..…… **świadczy/ą** pracę na terenie m.st. Warszawy\*,
    - pod nr porządkowym …………..…… **nie świadczy/ą** pracy na terenie m.st. Warszawy\*,
    - pod nr porządkowym ……………..… **świadczy/ą** pracę na podstawie umowy zawartej z Pracodawcą, mającym siedzibę na terenie m.st. Warszawy w formie mobilnej lub zdalnej\*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *…………………………….*  *(miejscowość, data)* |  | *…………………………………..…………*  *(pieczątka i podpis pracodawcy / osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy*  *lub czytelny podpis zawierający imię i nazwisko)* |

*\* właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne skreślić*