 

**KARTA OCENY**

**wniosku pracodawcy o przyznanie środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa Pracodawcy |  |
| 2. | Termin naboru wniosków |  |
| 3. | Data wpływu wniosku |  |
| 4. | Wnioskowana kwota |  |
| 5. | Numer wniosku |  |

**I. OCENA FORMALNA WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kryterium** | | **TAK** | | | **NIE** | **NIE DOTYCZY** | **UWAGI** |
| **1.** | **Wniosek wpłynął w terminie ogłoszonego naboru** | |  | | |  |  |  |
| **2.** | **Wniosek złożony na aktualnym druku** | |  | | |  |  |  |
| **3.** | **Podmiot jest pracodawcą** | |  | | |  |  |  |
| **4.** | **Pracodawca posiada siedzibę lub miejsce prowadzenia działalności na terenie powiatu lwóweckiego** | |  | | |  |  |  |
| **5.** | **Czy wysokość wnioskowanego wsparcia (części finansowanej z KFS) na każdą osobę wskazaną do kształcenia ustawicznego nie przekracza 300 % przeciętnego wynagrodzenia** | |  | | |  |  |  |
| **6.** | **Czy wysokość dofinansowania została poprawnie określona przez Wnioskodawcę tj. 80% kosztów, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw 100 % kosztów nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.** | |  | | |  |  |  |
| **7.** | **Wniosek zawiera komplet wymaganych załączników:** | |  | | |  |  |  |
|  | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis | |  | | |  |  |  |
|  | Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis | |  | | |  |  |  |
|  | Program kształcenia lub zakres egzaminu (do każdego wymienionego we wniosku kształcenia) | |  | | |  |  |  |
|  | Wzór dokumentu potwierdzającego nabyrte przez uczestnika/ów, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących | |  | | |  |  |  |
|  | Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności gospodarczej w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG | |  | | |  |  |  |
| **8.** | **Pełnomocnictwo /określające jego zakres/ – w przypadku gdy**  **Wnioskodawcę reprezentuje pełnomocnik. Pełnomocnictwo nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek jest**  **upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotów odnośnym dokumencie rejestracyjnym.** | |  | | |  |  |  |
| **9.** | **Wniosek jest podpisany przez osobę upoważnioną** | |  | | |  |  |  |
| **10.** | **Działania finansowane z KFS są zgodne z priorytetami wydatkowania środków na 2024 r.** | |  | | |  |  |  |
| **11.** | **Czy pracodawca wskazał potrzebę odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz priorytetów wydatkowania środków KFS i czy jest ona uzasadniona** | |  | | |  |  |  |
| **WYNIK OCENY FORMALNEJ: Pozytywny /Negatywny/ Bez rozpatrzenia\*** | | | | | | | | |
| **UZUPEŁNIENIE WNIOSKU** | | | | | | | | |
| **Wniosek wymaga uzupełnienia** | | **TAK NIE** | | | **Pracodawca wezwany do uzupełnienia wniosku**  **w dniu ………………………………………….**  **do dnia ………………………………………..** | | | |
| **Przyczyna uzupełnienia wniosku: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | | | | | |
| **Uzupełnienie zostało złożone we wskazanym terminie** | | | | **TAK NIE** | | | | |
| **WYNIK OCENY FORMALNEJ PO UZUPEŁNIENIU** | | | | **Pozytywny/Negatywny/Bez rozpatrzenia\*** | | | | |
| **UWAGI:………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...** | | | | | | | | |

**\*niepotrzebne skreślić**

**II. OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kryterium do oceny merytorycznej** | **Liczba punktów** | **Uwagi** |
| **1.** | Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia ustawicznego z potrzebami rynku pracy  **TAK – 2 pkt NIE – 0 pkt** |  |  |
| **2.** | Koszt wskazanego kształcenia ustawicznego jest porównywalny w odniesieniu do cen rynkowych podobnych usług.  **Porównywalne – 2 pkt Brak możliwości oceny -1 pkt Zawyżone – 0 pkt** |  |  |
| **3.** | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS certyfikatów jakości oferowanego kształcenia ustawicznego (np. certyfikat jakości usług ISO)  **TAK – 2 pkt NIE – 1 pkt** |  |  |
| **4.** | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych  **TAK – 2 pkt NIE – 1 pkt** |  |  |
| **5.** | Wnioskodawca korzystał z finansowania kształcenia ustawicznego ze środków KFS przyznawanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Lwówku Śląskim w 2023 r. lub roku bieżącym  **TAK – 0 pkt NIE – 2 pkt** |  |  |
| **6.** | Średni koszt kształcenia ustawicznego na 1 uczestnika  **4000 i poniżej – 2 pkt Powyżej 4000 zł – 0 pkt** |  |  |
| **7.** | Wielkość pracodawcy  **(1-9 osób) – 2 pkt (10 i więcej) – 1 pkt** |  |  |
| **8.** | Informacja o planach dotyczących uczestnika kształcenia  **Zmiana kwalifikacji – 2 pkt Podwyższenie kwalifikacji – 1pkt** |  |  |
| **9.** | Zalegnie w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, FP i FGŚP oraz FEP  **TAK – 0 pkt NIE – 2 pkt** |  |  |
|  | **Uzyskana liczba punktów** | **…../18 pkt** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wniosek wymaga negocjacji w zakresie usługi kształcenia ustawicznego** | **TAK NIE** |
| **Negocjacje dotyczą: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | |
| **Przeprowadzono negocjacje** | **TAK NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i podpis osoby weryfikującej wniosek** |  |

**Decyzja starosty:**

Przyznaję / nie przyznaję\* środki Funduszu Pracy w formie KFS z przeznaczeniem na finansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników/pracodawców  
 w kwocie:……………………………dla ……………. pracowników/pracodawcy

**\* niepotrzebne skreślić**

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

**( data i podpis Starosty lub osoby upoważnionej)**