

KARTA OCENY

wniosku pracodawcy o przyznanie środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie 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 przez portal praca.gov.pl				
3.	Pracodawca posiada siedzibę lub miejsce prowadzenia działalności na terenie powiatu lwóweckiego				
4.	Czy wysokość wnioskowanego wsparcia (części finansowanej z KFS) na każdą osobę wskazaną do kształcenia ustawicznego nie przekracza 200 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym				
6.	Czy wysokość dofinansowania została poprawnie określona przez Wnioskodawcę niezatrudniającego lub zatrudniającego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy nie więcej niż 9 osób tj. 70% kosztów, jednak nie więcej niż 200% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym na jednego uczestnika, a w przypadku wnioskodawcy zatrudniającego w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy więcej niż 9 osób				

	90% kosztów nie więcej jednak niż 200% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym na jednego uczestnika.				
7.	Czy wysokość środków KFS dla jednego wnioskodawcy w roku kalendarzowym przekroczyła: *4-krotność przeciętnego wynagrodzenia – podmiot niezatrudniający lub zatrudniający nie więcej niż 9 osób, *8-krotności przeciętnego wynagrodzenia - podmiot zatrudniający więcej niż 9 , jednak nie więcej niż 49 osób, *12-krotności przeciętnego wynagrodzenia - podmiot zatrudniający więcej niż 49 , jednak nie więcej niż 249 osób, *14-krotności przeciętnego wynagrodzenia - podmiot zatrudniający więcej niż 249 ,				
8.	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 nabyte 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				
9.	Pełnomocnictwo /określające jego zakres/ – w przypadku gdy Wnioskodawcę reprezentuje pełnomocnik. Pełnomocnictwo nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek jest				

2.	Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia ustawicznego z potrzebami rynku pracy TAK – 2 pkt NIE – 0 pkt		
3.	Koszt wskazanego kształcenia ustawicznego jest porównywalny w odniesieniu do cen rynkowych podobnych usług. Porównywalne – 2 pkt Brak możliwości oceny -1 pkt Zawyżone – 0 pkt		
4.	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		
5.	Wnioskodawca korzystał z finansowania kształcenia ustawicznego ze środków KFS przyznawanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Lwówku Śląskim w 2025 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 (niezatrudniający) – 3pkt, (1-9 osób) – 2pkt, (10 i więcej) – 1pkt		
8.	Informacja o planach dotyczących uczestnika kształcenia Zmiana kwalifikacji – 2 pkt Podwyższenie kwalifikacji – 1pkt		
	Uzyskana liczba punktów/16 pkt	
WYNIK OCENY MERYTORYCZNEJ : Pozytywny /Negatywny/ Bez rozpatrzenia*			

Ustalenia między starostą a wnioskodawcą w zakresie finansowania wniosku	TAK	NIE
Ustalenia		

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: zł dla Pracowników/ pracodawców.

* **niepotrzebne skreślić**

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