#### CAZ-rgb.jpglogoPUPPowiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim

ul. Przemysłowa 4, 05-300 Mińsk Mazowiecki,

tel. 25 759 27 13, fax 25 758 28 54

e-mail: [caz@minskmazowiecki.praca.gov.pl](mailto:caz@minskmazowiecki.praca.gov.pl), www.minskmazowiecki.praca.gov.pl

**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA URZĄD PRACY:  CAZ.…………………………………… NR Umowy………………………….. NR zaświadczenia de minimis……………………  WnKsztUstKFS…..……………………. PP …………………………………… |

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

(Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**DYREKTOR  
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY  
W MIŃSKU MAZOWIECKIM**

**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 2017 r., poz. 1065 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 2018 r., poz. 117.)

A. DANE PRACODAWCY

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

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

2. Adres siedziby pracodawcy...................................................................................................

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

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

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

e-mail ................................................... strona www ….........................................................

nr konta bankowego................................................................................................................

5. NIP...........................................REGON ....................................KRS....................................

6. Forma opodatkowania

□ Karta podatkowa

□ Księga przychodów i rozchodów : □ 18% □ 19% □ 30% □ 32% □ 40%

□ Pełna księgowość : □ 18% □ 19% □ 30% □ 32% □ 40% □ inne

□ Podatek liniowy : □ 19%

□ Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych : □ 3% □ 5,5% □ 8,5% □ 17% □ 20% □ inne

□ Zasady ogólne : □ 18% □ 32%

□ Inna (podac jaka)....................................................................................................................



7. Forma prawna prowadzonej działalności ..............................................................................

8. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ...................................................................................................................

9. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej  
 z dnia 2 lipca 2004r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2168, z późn. zm.) [[1]](#footnote-1) \*:

⁯ □mikro ⁯ □małe ⁯ □średnie ⁯ □duże ⁯ □inne

10. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 2018 r. poz 108. z późn. zm.) na dzień złożenia wniosku .......................................................................................................................................

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. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO

1. Termin realizacji ….............................................................................

(od początku pierwszej formy kształcenia, do końca trwania ostatniej formy)

**2. Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie kształcenia**

**ustawicznego z uwzględnieniem poniższych priorytetów:**

(wnioskujący wypełnia tabelę stanowiącą załącznik nr 2)

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

**C. CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

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

słownie: ………………………………...............................................................................

w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS[[2]](#footnote-2): …....................................zł

słownie: ..………………………………………………………...........................................

1. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: …..........................................zł

słownie: ..……………………………………………………………………………………..

Wnioskowana wysokość środków KFS nie może uwzględniać kosztów związanych   
z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem. Nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca poniesie w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia itp.

****

**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 |  |  |  |
| Według grup wielkich zawodów i specjalności | Przedstawiciele władz publicznych wyżsi urzędnicy  i kierownicy |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |
| Pracownicy przy pracach prostych |  |  |  |
| Siły zbrojne |  |  |  |
| Bez zawodu |  |  |  |
| Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze | |  |  |  |

………………………………… …………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Oświadczenie Wnioskodawcy - Załącznik nr 1.

2. Uzasadnienie wniosku - Załącznik nr 2,

3. Informacje dotyczące uczestników i wydatków na kształcenie ustawiczne - Załącznik nr 3

4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - Załącznik nr 4

5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis  
- Załącznik nr 5- 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.

6. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej

działalności. *(Odpowiednio: Wpis do CEIDG; KRS; kserokopia umowy spółki lub statutu organizacji oraz koncesji lub pozwolenia na prowadzenie działalności – w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa lub inne dokumenty)* - Załącznik nr 6

7. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu. - Załącznik nr 7

8. Wzór dokumentu wystawiony przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego. - Załącznik nr 8

9. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu - Załącznik nr 9.

**Załącznik nr 1**

**…………………..………..….**

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

*Pracodawca nie będący beneficjentem pomocy publicznej składa oświadczenie tylko w zakresie punktów 1-17*

1. Zalegam / nie zalegam\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, 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. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim do celów związanych   
z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018 r. poz. 117), zgodnie   
z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.);

5. 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.

6. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 2.1 pkt 25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. – o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.) .

7. Oświadczam, że wnioskowana cena kształcenia ustawicznego nie uwzględnia kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem i zakwaterowaniem uczestników kształcenia.

8. Osoby, które zostaną objęte wsparciem środkami KFS są zatrudnione na podstawie umowy o pracę, a czas trwania umowy nie jest krótszy niż czas trwania działań zaplanowanych we wniosku.

9. Osoby, które zostaną objęte wsparciem i zostały wskazane w załączniku nr 3 do wniosku nie uczestniczyły   
w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w roku bieżącym.

10. 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.

11. Ubiegam/ nie ubiegam się o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków KFS w odniesieniu do osób wskazanych w załączniku nr 2 do wniosku w innym Urzędzie Pracy.

12. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku zobowiązuje się zawrzeć z pracownikiem, któremu zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, umowę określającą prawa i obowiązki stron w związku   
z odbywaniem kształcenia ustawicznego i dostarczyć ją do Urzędu nie później niż w dniu podpisania umowy między Pracodawcą, a Urzędem.

13. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Mińsku Mazowieckim jeżeli   
w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ulegnie zmianie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

14. Zapoznałem się z zasadami przyznawania środków KFS obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy   
w Mińsku Mazowieckim.

15. Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.

16. Znam i rozumiem przepisy wewnątrzwspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

17. Jestem / nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu art. 2 pkt. 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U. z 2007 roku Nr 59, poz. 404 z późn. zm.)

18. Pracodawca spełnia/nie spełnia\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.   
w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.);

19. Pracodawca spełnia/nie spełnia\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r.   
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis   
w sektorze rybołówstwa i akwakultury; (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)

20. Pracodawca spełnia/nie spełnia\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.   
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis   
w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.);

21. Pracodawca zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy  
de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy   
z Powiatowym Urzędem Pracy w Mińsku Mazowieckim otrzymał pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

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

(miejscowość i data) (pieczęć i podpis pracodawcy)

**\*** Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2 str. 1**

**UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Wypełniać oddzielnie dla każdej formy kształcenia.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Forma kształcenia: (należy określić formę kształcenia tj. kurs; studia podyplomowe; egzaminy; badania lekarskie; ubezpieczenie NNW oraz podać dokładną nazwę wybranej formy kształcenia).

**1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania KFS:**

……………….……………………………………………...…………………………………...

….........................................................................................................................…......................

...................................................................................................…................................................

.........................................................................…..........................................................................

...............................................…....................................................................................................

.....................….........................................................................................................................….

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

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

**2. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:**

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

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

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

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

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

**Załącznik nr 2 str. 2**

**3. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | nazwa kształcenia ustawicznego |  |
|  | liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
|  | cena usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu) |  |
|  | w przypadku kursów - nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator ma uprawnienia do prowadzenia form kształcenia ustawicznego |  |
|  | Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (należy wskazać co najmniej 2 wykonawców tych usług, o ile są dostępni): | 1. |
| 2. |

………………………………………………

(data i podpis pracodawcy)

**Załącznik nr 3**

**Informacje dotyczące uczestników i wydatków na kształcenie ustawiczne (zaznaczyć właściwe)\*:**

Wniosek spełnia wymagania określone w priorytecie:

□ nr 1: wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;

□ nr 2: wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy;

□ nr 3: wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników, którzy mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub

o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko pracy/data zawarcia umowy o pracę/ rodzaj umowy\*\*** | **Forma kształcenia:** (*należy określić formę kształcenia tj. kurs; studia podyplomowe; egzaminy; badania lekarskie; ubezpieczenie NNW oraz podać dokładną nazwę wybranej formy kształcenia)* | **Realizator usługi kształcenia ustawicznego** | **Termin realizacji**  **od-do (dd/mm/rr)** | **Koszt kształcenia ustawicznego** | **Wysokość wkładu własnego** | **Kwota wnioskowana  z KFS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie na jednego uczestnika:** | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie na jednego uczestnika:** | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie na jednego uczestnika:** | | | | | |  |  |  |
| **Łącznie całkowita wysokość wydatków**(zgodna z częścią C wniosku) | | | | | |  |  |  |

\* w przypadku korzystania z kilku priorytetów jednocześnie, dla każdego z priorytetów sporządzić osobną tabelę

\*\* w przypadku umowy na czas określony należy podać dokładny czas trwania umowy

…………………………………………

(pieczęć i podpis pracodawcy)

**Załącznik nr 4**

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204 z późn. zm.)**

**OŚWIADCZAM**

Że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych w/w otrzymał/a\*/ nie otrzymał/a\* pomocy de minimis w wysokości ogółem:

……………………………………….zł, co stanowi………………….…………………euro.

Załączniki\* :

1) wykaz otrzymanej pomocy,

2) zaświadczenia o udzielonej pomocy de minimis (uwierzytelnione).

\* odpowiednie zaznaczyć

**DANE PRACODAWCY PODPISUJĄCEGO OŚWIADCZENIE:**

1. Imię i nazwisko…….................................................................................................................

2. Stanowisko służbowe ...............................................................................................................

3. Data ..........................................................................................................................................

4. Podpis wraz z pieczątką:

………………………………………………………………………………………………......

*Pomoc de minimis w rozumieniu art. 2 Rozporządzenia Komisji (uE) nr 1407/2013 z dnia 18*

*grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis oznacza pomoc przyznaną temu samemu podmiotowi gospodarczemu w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 euro (100 000 euro w sektorze transportu drogowego). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.*

*WYKAZ OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu udzielającego pomc de minimis** | **Data udzielenia pomocy dd/mm/rrrr** | **Wartość pomocy  w zł** | **Wartość pomocy  w euro** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………..

Pieczęć i podpis Pracodawcy

1. *Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

   *Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.*

   *Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.*

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

   \*właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)