**KARTA OCENY**

**WNIOSKU O PRZYZNANIE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS)**

**NA FINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

Wnioskodawca:

Data złożenia wniosku:

Wnioskowana kwota dofinansowania kształcenia ustawicznego ze środków KFS:

Liczba pracowników: ,

liczba pracodawców: do objęcia kształceniem ustawicznym.

1. **Ocena formalna wniosku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** | **SPEŁNIENIE KRYTERIUM** |
| 1. | Czy podmiot składający wniosek jest pracodawcą? | TAK/NIE |
| 2. | Czy pracodawca posiada siedzibę lub prowadzi działalność na terenie powiatu lubińskiego? | TAK/NIE |
| 3. | Czy wniosek jest prawidłowo wypełniony?jeśli NIE: czy uzupełniono w terminie? | TAK/NIETAK/NIE |
| 4. | Czy wniosek zawiera wymagane załączniki? | TAK/NIE, brak załącznika: ………………………………………………. |
| **Podsumowanie - Ocena** | **Pozytywna/ Negatywna/ Bez rozpatrzenia** |

Data wezwania do poprawienia wniosku ……………….. Data dostarczenia poprawionego wniosku ………………

……………………………………………………… data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

1. **Ocena merytoryczna wniosku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium oceny** |  |
| 1. | **Zgodność dofinansowywanych działań z ustalonymi priorytetami wydatkowania środków KFS na 2025 rok** |  TAK/NIE |  |  |
| Liczba osób: | Kwota: |  |  |
| *10. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia*  |  |  |  |  |
| *11. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności* |  |  |  |  |
| *12. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem* |  |  |  |  |
| *13. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa*  |  |  |  |  |
| 2. | Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy |   TAK/NIE |  |  |
| 3. | Koszty usługi kształcenia ustawicznego wskazanej do sfinansowania ze środków KFS w porównaniu z kosztami podobnych usług dostępnych na rynku |  adekwatne do cen rynkowych nieadekwatne do cen rynkowych |
| 4. | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego |  TAK/NIE |  |  |
| 5. | W przypadku kursów – posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego |  TAK/NIE |  |  |
| 6. | Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS |  TAK/NIE |
| 7.  | Możliwość sfinansowania ze środków KFS działań określonych we wniosku, z uwzględnieniem przyznanego limitu |  TAK/NIE |  |  |
| 8. |  Korzystanie przez pracodawcę z kształcenia ze środków KFS w PUP Lubin w latach 2022-2024 | * nie korzystał
* korzystał

w roku : ……………………kwota: …………………… zwrócił: ……………………. |  |  |

**3.Opinia Komisji do spraw rozwoju zawodowego: OPINIA**

* pozytywna
* negatywna, z powodu……………………………………………………………………………………………………………
* wniosek skierowany do negocjacji dot. treści wniosku, w celu ustalenia ceny usługi kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usług oraz zachowaniem racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

 Podpisy członków Komisji dokonującej oceny wniosku:

1. ………………………………………………………
2. ………………………………………………………
3. ………………………………………………………
4. ………………………………………………………

**4.DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W LUBINIE**

Mając na względzie opinię komisji do spraw rozwoju zawodowego, wniosek zaopiniowany:

- pozytywnie / negatywnie\*.

**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

UWAGI: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

\* niepotrzebne skreślić

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

( data, pieczęć i podpis Dyrektora PUP w Lubinie)