Załącznik nr 1 Regulaminu odbywania subsydiowanego zatrudnienia

**Wniosek o udzielenie pomocy/pomocy de minimis**

**na subsydiowanie zatrudnienia w projekcie „Nowy Zawód - Nowe Możliwości”**

Na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r.   
w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z EFS na lata 2014 –2020.

1. **Dane Podmiotu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Pełna nazwa podmiotu :** |  |
| **2. Adres siedziby przedsiębiorstwa:**  ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy |  |
| **3. Osoba do kontaktu:** |  |
| **4. Telefon, e-mail:** |  |
| **5. NIP:** |  |
| **6. REGON:** |  |
| **7. Numer PKD:** |  |
| **8. Forma prawna:** |  |
| **9. Rodzaj prowadzonej działalności:** |  |
| **10. Forma opodatkowania:** | 🞎 karta podatkowa  🞎 księga przychodów i rozchodów  🞎 pełna księgowość  🞎 ryczałt od przychodów ewidencjonowanych |
| **11. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:** |  |
| **12. Nazwa banku** |  |
| **13. Numer konta** |  |

1. **Wielkość przedsiębiorstwa –** definicja MŚP zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu:

🞎 mikroprzedsiębiorstwo[[1]](#footnote-1)

🞎 małe przedsiębiorstwo[[2]](#footnote-2)

🞎 średnie przedsiębiorstwo[[3]](#footnote-3)

🞎 duże przedsiębiorstwo

🞎 administracja publiczna

1. **Stan zatrudnienia u przedsiębiorcy będącego podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa miesiąca i rok | (Średnia liczba zatrudnionych w miesiącu)\* |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| Suma zatrudnienia 12 miesięcy (średnia  z ostatnich 12 miesięcy) | |  |
| Stan zatrudnienia **na dzień złożenia wniosku** | |  |

\* *Średnie zatrudnienie w miesiącu należy ustalić, dodając stan zatrudnienia (pełnozatrudnionych w osobach fizycznych oraz niepełnozatrudnionych po przeliczeniu na pełne etaty) w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu, łącznie z przypadającymi w tym czasie niedzielami, świętami oraz dniami wolnymi od pracy (przyjmuje się dla tych dni stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeśli miesiąc zaczyna się dniem wolnym od pracy), otrzymaną sumę dzieląc przez liczbę dni kalendarzowych miesiąca.*

Do zatrudnionych nie zalicza się:

-osób wykonujących pracę nakładczą (chałupnictwo);

-uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy;

-osób korzystających z urlopów macierzyńskich, ojcowskim, rodzicielskim, wychowawczych i bezpłatnych;

-osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło.

1. **Planowane zatrudnienie pracownika, który zalicza się do następującej kategorii:**

🞏 znajduje się w szczególnie niekorzystnej sytuacji,

🞏 jest pracownikiem niepełnosprawnym,

1. **Rodzaj stanowisk pracy oraz ilość osób potrzebnych do zatrudnienia.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Rodzaj i miejsce wykonywanych zadań + pożądane kwalifikacje zawodowe** | **Ilość osób** | **Deklarowany okres zatrudnienia**  **(w miesiącach) \*\*** | **Planowana wysokość wynagrodzenia brutto**  **ze składkami**  **maksymalnie 3000,00 zł** |
|  |  |  |  | 12 miesięcy |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*\* deklarowany okres zatrudnienia musi wynosić co najmniej okres, który jest zgodny z wymaganiami określonymi w Regulaminie odbywania subsydiowanego zatrudnienia w projekcie   
„Nowy Zawód - Nowe Możliwości”.

1. **Liczba uczestników projektu, które Podmiot zamierza zatrudnić po zakończeniu**

**subsydiowanego zatrudnienia:**

* na czas określony: .........................osób - ................ miesiące,
* na czas określony: .........................osób - ................ miesiące,
* na czas określony: .........................osób - .................miesiące\*
* na czas nieokreślony: ...................osób
* na czas nieokreślony: ...................osób
* na czas nieokreślony: ...................osób

*\* Wypełnić jeśli, planuje się zatrudnić kilku pracowników na różne okresy.*

1. **Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych Uczestników projektu:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Liczba uczestników proponowanych do zatrudnienia** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto w przeliczeniu na jednego pracownika** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji opłacanych składek od wynagrodzenia brutto** **w przeliczeniu na jednego pracownika** | **Liczba miesięcy subsydiowanego zatrudnienia** | **Całkowita wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia poniesiona w całym okresie trwania subsydiowanego zatrudnienia** |
|  | **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f=b\*(c+d)\*e** |
| **1** |  | 1 |  |  | 12 miesięcy |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

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

data pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

**Załączniki:**

1. Ddokument poświadczający formę prawną firmy (CEIDG/KRS/Umowa spółki cywilnej -   
   w przypadku przedsiębiorców działających w formie spółki cywilnej, ,
2. Wwypełnione i podpisane oświadczenia – stanowiące załącznik nr 1 do wniosku,
3. Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis - stanowiące załącznik nr 2 do wniosku,
4. Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu z opłacaniem należnych składek,
5. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłacaniem należnego podatku,
6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. (poz. 1543), stanowiący załącznik nr 3 do wniosku.

**Załącznik nr 1 do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia**

***OŚWIADCZENIE***

Ja, niżej odpisany/a………………………………………………………………………………………………………………………….

reprezentujący/a……………………………………………………………………………………………………………………………..

/pełna przedsiębiorcy i adres/

**Oświadczam, że:**

1. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis /Dz. UE L 352/1 z 24.12.2013/

*…………………*

*podpis*

1. **Zalegam/nie zalegam\*** z wypłatą wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz opłacaniem innych danin publicznych.

…………………

*podpis*

1. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.

…………………

*podpis*

**Załącznik nr 2 do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia**

………………………………………………………………………….. Ełk, dn…………………………………..

*…………………………………………………………………………..*

*(nazwa i adres podmiotu ) (miejsce i data)*

**Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz ***dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis***:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

…………………………………..………………

(podpis)

**KARTA OCENY FORMALNEJ   
Wypełnia Personel Projektu (PP)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spełnienie kryteriów formalnych:** | | |
| Wniosek jest poprawny pod względem formalnym: | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| **Podpis osoby oceniającej:** |  | |

1. W kategorii MŚP mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej

   niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-1)
2. W kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-2)
3. W kategorii MŚP małe przedsiębiorstwo definiuje jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR, lub roczna suma

   bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-3)