**WNIOSEK**

**o udzielenie pomocy de minimis**

**na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Aktywni mimo barier”**

Na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 02.07.2015 w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z EFS na lata 2014 –2020 (Dz. U. z 2015 r., poz. 1073).

1. **Dane Podmiotu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa** | |  | | | |
| **2. Adres siedziby przedsiębiorstwa**  ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy | |  | | | |
| **3. Telefon, e-mail** | |  | | | |
| **4. NIP** |  | **5. REGON** |  | **6. KRS** |  |
| **7. Numer PKD** | |  | | | |
| **8. Forma prawna** | |  | | | |
| **9. Rodzaj prowadzonej działalności** | |  | | | |
| **9. Forma opodatkowania** | | 🞎 karta podatkowa  🞎 księga przychodów i rozchodów  🞎 pełna księgowość  🞎 ryczałt od przychodów ewidencjonowanych | | | |
| **10. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej** | |  | | | |
| **11. Numer konta, na który będzie dokonywana refundacja** | | **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_** | | | |
| **12. Nazwa Banku** | |  | | | |
| **12. Osoba do kontaktu ze strony Podmiotu:**  Imię, nazwisko, telefon, e-mail, stanowisko służbowe | |  | | | |

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

🞎 mikroprzedsiębiorstwo

🞎 małe przedsiębiorstwo

🞎 średnie przedsiębiorstwo

🞎 duże przedsiębiorstwo

* mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.
* małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.
* średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.
* Duże przedsiębiorstwo to każde, które nie kwalifikuje się do MŚP, czyli jest większe niż średnie.

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

Liczba pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku,   
a w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez okres krótszy niż 12 m-cy, liczba zatrudnionych pracowników   
w poszczególnych miesiącach prowadzenia tej działalności.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Ogólna liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\* | Stanowisko, na którym nastąpił spadek zatrudnienia ze wskazaniem przyczyny |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku (średnia z ostatnich 12 miesięcy): ……………………………………. (Średni poziom oblicza się poprzez podzielenie sumy dwunastu stanów zatrudnienia na koniec poszczególnych miesięcy przez liczbę 12) | | | |

**\*Liczba pracowników -** oznacza liczbę rocznych jednostek roboczych (RJR), to jest liczbę pracowników zatrudnionych na pełnych etatach w ciągu jednego roku, przy czym praca w niepełnym wymiarze godzin oraz praca sezonowa wyrażone są ułamkowymi częściami jednostek RJR.

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Rodzaj, miejsce wykonywanych zadań (proszę podać adres), pożądane kwalifikacje zawodowe | Ilość osób | Deklarowany okres zatrudnienia\*\*  (w miesiącach) | Planowana wysokość wynagrodzenia brutto ze składkami pracodawcy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*\* deklarowany okres zatrudnienia musi wynosić 4 miesiące

1. **Liczba Uczestników projektu, które Podmiot zamierza zatrudnić po zakończeniu subsydiowanego zatrudnienia (deklaracja zatrudnienia):**
2. Umowa o pracę na czas określony: …………… osób - ……….. miesiące – wymiar etatu:…….., stanowisko:………………………….
3. Umowa o pracę na czas nieokreślony: …………… osób - ……….. miesiące – wymiar etatu:…….., stanowisko:………………………….
4. **Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych Uczestników projektu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Proponowany zawód/stanowisko** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji opłacanych składek od wynagrodzenia brutto (składki na ubezpieczenie społeczne płatnika)** | **Ogółem**  **1 m-c**  **Wynagrodzenie**  **Brutto + Składki Płatnika** | **Ogółem**  **6 m-cy**  **Wynagrodzenie**  **Brutto + Składki Płatnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

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

data pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

**Załączniki:**

1. Wypełnione i podpisane oświadczenie – stanowiące załącznik nr 1 do wniosku,
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - stanowiące załącznik nr 2 do wniosku,
3. 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,
4. Oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek do ZUS – stanowiące załącznik nr 4 do wniosku
5. Oświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek do US – stanowiące załącznik nr 5 do wniosku
6. Dokument poświadczający formę prawną firmy (CEIDG/KRS/Umowa spółki cywilnej - w przypadku przedsiębiorców działających w formie spółki cywilnej - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem,
7. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem,
8. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP – kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem,

**KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU  
Wypełnia Personel Projektu**

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

**Wniosek o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienie zostaje/nie zostaje przyznany:**

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

(kierownik projektu)

Załącznik nr 1

do Wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu

„Aktywni mimo barier”

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a…………...…………………………….………...............................................………………..

/imię i nazwisko/

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

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

/pełna nazwa przedsiębiorcy i adres/

**Oświadczam, że:**

1. Oświadczam, że zatrudnienie Uczestnika/ów projektu nastąpi w ramach pomocy *de* minimis, przy spełnieniu następujących warunków:
2. utworzone miejsce pracy stanowi wzrost netto liczby pracowników w porównaniu ze średnią   
   z ostatnich 12 miesięcy. W przypadku, gdy utworzone miejsce pracy nie stanowi wzrostu netto liczby pracowników, utworzone miejsce pracy zostało zwolnione w następstwie:

* dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy,
* przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy,
* przejścia na emeryturę z tytułu osiągniecia wieku emerytalnego,
* dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub
* rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.

1. 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.
2. Skierowany Uczestnik projektu w ramach subsydiowanego zatrudnienia będzie zatrudniony na umowę o pracę oraz otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnym lub tym samym stanowisku.
3. Zobowiązuję się do zatrudnienia Uczestnika projektu po upływie okresu subsydiowania zatrudnienia zgodnie z deklaracją zatrudnienia, wskazaną we Wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia oraz zgodnie z zapisami § 6, pkt. 9 Regulaminu udzielania subsydiowanego zatrudnienia w ramach projektu pn. „Aktywni mimo barier”.
4. Zakład nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.
5. Spełniam warunki dotyczące mojej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne   
   z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu.
6. Nie otrzymałem pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.
7. Nie uzyskałem pomocy na zatrudnienie pracownika znajdującego się w szczególnie niekorzystnej sytuacji lub bardzo niekorzystnej sytuacji przekraczającej w ciągu roku 5 mln euro. W przypadku otrzymania pomocy Wnioskodawca jest zobowiązany do przedłożenia wraz z wnioskiem informacji o otrzymanej pomocy publicznej.
8. W okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem ukarany lub nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
9. Zobowiązuje się informować Beneficjenta o wszelkich wypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym Uczestnikiem projektu.
10. Zapoznałem się z Regulaminem udzielania subsydiowanego zatrudnienia w ramach projektu pn.  
    „Aktywni mimo barier” wraz z jego załącznikami.

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

Miejscowość i data Pieczęć i podpis osoby

upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

Załącznik nr 2

do Wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu

„Aktywni mimo barier”

…………………………….………… ……………………………………..

*(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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Razem: |  |  |

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

\* niepotrzebne skreślić

…………………………………..…………………

(podpis Podmiotu )

Załącznik nr 4

do Wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu

„Aktywni mimo barier”

…………………………………………… ………………….., …….……..2020

…………………………………………… *(miejsce i data)*

*(nazwa/pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany oświadczam, że …………………………..….……………………………. (wpisać nazwę firmy),

z siedzibąw ……………………………………………………………………….**.**

**nie posiada żadnych zaległości z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.**

*…………………………………………………………………………………  
Podpis/y osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu*

Załącznik nr 5

do Wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu

„Aktywni mimo barier”

…………………………………………… ………………….., …….……..2020

…………………………………………… *(miejsce i data)*

*(nazwa/pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany oświadczam, że …………………………………………..….………………. (wpisać nazwę firmy),

z siedzibą w………………………………………………………………………………………….………………..**.**

**nie posiada żadnych zaległości podatkowych w Urzędzie Skarbowym.**

*…………………………………………………………………………………*

*Podpis/y osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu*