Załącznik nr 3 do regulaminu

……………………………………….. ………….., dnia ….…….. r.

Organizator (pieczęć zakładu pracy)

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia\* stanowiska pracy w połączeniu z subsydiowanym zatrudnieniem dla skierowanego uczestnika projektu pt. „Bądź aktywny - postaw na Siebie!”**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK** | |
| Data i miejsce złożenia wniosku |  |
| Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**I. DANE PODMIOTU**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa |  |
| 1. Adres siedziby przedsiębiorstwa:   *ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy* |  |
| 1. Telefon, e-mail: |  |
| 1. NIP |  |
| 1. REGON |  |
| 1. Numer PKD: |  |
| 1. Forma prawna: |  |
| 1. Rodzaj prowadzonej działalności: |  |
| 1. Forma opodatkowania: |  |
| 1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej: |  |
| 1. Nazwa banku |  |
| 1. Numer rachunku bankowego |  |
| 1. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego |  |
| 1. Osoby upoważnione do zawierania umów cywilno – prawnych (*funkcja w firmie)* |  |
| 1. Osoba upoważniona do kontaktów z Wnioskodawcą, telefon, e-mail, stanowisko służbowe |  |

**II. STAN ZATRUDNIENIA**

1. Stan zatrudnienia pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku …………………………………………………………………………………………………………………

2. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku przez Wnioskodawcę:

| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | Sposób rozwiązania stosunku pracy w okresie 12 miesięcy |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |
| ***6.*** |  |  |  |
| ***7.*** |  |  |  |
| ***8.*** |  |  |  |
| ***9.*** |  |  |  |
| ***10.*** |  |  |  |
| ***11.*** |  |  |  |
| ***12.*** |  |  |  |

**III. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY WYPOSAŻONYCH LUB DOPOSAŻONYCH, NA KTÓRYCH PODEJMIE/Ą ZATRUDNIENIE OSOBY SKIEROWANE PRZEZ BENEFICJENTA**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych osób pozostających bez pracy ....................................................
2. Miejsce i rodzaj pracy z podziałem na stanowiska pracy:

| Lp. | Stanowisko | Wymiar etatu | Miejsce | Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby pozostające bez pracy (uczestnik projektu) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

1. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy jakie winne spełniać osoby skierowane przez Fundację „Razem”.

| Lp. | Stanowisko | Informacja o wymaganych kwalifikacjach, umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym niezbędnym do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowana osoba pozostająca bez pracy (uczestnik projektu) |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania:

Koszt całkowity doposażenia lub wyposażenia stanowiska / stanowisk pracy podany w kwocie netto

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

**w tym wnioskowana kwota refundacji wyniesie *(nie wyższa niż 6 –krotna wysokość przeciętnego wynagrodzenia)*:**

- na jedno stanowisko ..............................................................................................................................................

- ogółem kwota netto ...................................................................................................................................................................

- słownie ogółem kwota netto ....................................................................................................................................................

| Lp. | Stanowisko | Całkowity koszt | Wnioskowana wysokość refundacji w PLN (netto) |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***R A Z E M*** | |  |  |

**IV. ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE**

1. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego/ychUczestnika/ów projektu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Liczba uczestników proponowanych do zatrudnienia** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji opłacanych składek od wynagrodzenia brutto** | **Całkowita wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia poniesiona w całym okresie trwania subsydiowanego zatrudnienia tj. 6 miesięcy** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

**V. ZABEZPIECZENIA**

Jaką formę prawnego zabezpieczenia w przypadku zwrotu dofinansowania Państwo proponują:

* **Poręczenie osób fizycznych, prawnych oraz nie posiadających osobowości prawnej a posiadających zdolność do czynności prawnych**
  + Minimum 2 osoby fizyczne, które osiągają wynagrodzenie lub dochód na poziomie, co najmniej 2700,00 zł brutto i niepodlegają zajęciom sądowym lub administracyjnym
  + 1 osoba fizyczna, która osiąga wynagrodzenie lub dochód na poziomie, co najmniej 5400,00 zł brutto i niepodlega zajęciom sądowym lub administracyjnym
  + osoby prawne lub podmioty nie posiadające osobowości prawnej, a posiadające zdolność do czynności prawnych, których zdolność zabezpieczenia środków badana będzie na podstawie dokumentów finansowych tj. bilans oraz rachunek zysków i strat.
* wskazać osoby poręczające …………………………………………………………………………………

.………………………………………………………………………………

* **Blokada rachunku bankowegona kwotę w wysokości 29 059,26 zł**

należy załączyć do umowy:oświadczenie o wysokości proponowanego zabezpieczenia, zgodę właściciela na dokonanie blokady na wskazanym rachunku (w przypadku, gdy właścicielem rachunku jest osoba trzecia) oraz zaświadczenie z banku, w którym są zdeponowane środki do zabezpieczenia o możliwości dokonania bezterminowej, bezwarunkowej i nieodwołalnej blokady środków w proponowanej wysokości.

* **Weksel In blanco – obligatoryjnie.**

**VI. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kk, i oświadczam, że:

1. **Nie zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy pracownika i **nie rozwiązałem** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. **Prowadzę** działalność przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
3. **Nie byłem** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.) lub Ustawy z 28 października 2002 r o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2018 r. poz. 703 ze zm.)
4. **Nie byłem** w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienie i instytucjach rynku pracy);
5. **Nie otrzymałem** pomocy de minimis powyżej dopuszczalnych kwot określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U.UE.L.2013.352.1 z dnia 2013.12.24) lub rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.U.UE.L.2013.352.9 z dnia 2013.12.24);
6. **Nie otrzymałem** wcześniej środków publicznych na wnioskowane wydatki;
7. **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/.
8. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikowane, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.
9. **Zobowiązuję się do zatrudnienia Uczestnika/Uczestników projektu na podstawie dwóch umów o pracę (1 umowa na okres 12 m-cy, druga umowa na okres 3 miesięcy), przez co najmniej 15 miesięcy na podstawie umowy o pracę w wymiarze min. ½ etatu.**
10. **Oświadczam, iż:**

* nie korzystałem ze środków EFS w ostatnich 5 latach
* nie korzystałem ze środków EFS w ostatnich 3 latach
* Korzystałem ze środków EFS w ostatnich 3 latach

**Pracodawca zobowiązuje się do przestrzegania postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityki Ochrony Danych Osobowych.**

\*niewłaściwe skreślić

……….………………………………………….....

data i podpis osoby uprawnionej

**VII. Załączniki do wniosku**

1. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażonego (ych) lub doposażonego(ych) stanowisk(a) pracy – załącznik nr 1;

2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis przez podmiot w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie 2 poprzedzających go lat - załącznik nr 2;

3. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis - załącznik nr 3;

4. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (dotyczy producenta rolnego) – załącznik nr 4;

5. Projekt zakresu obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy – załącznik nr 5;

6. Aktualne (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia dokumentu) zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

7. Aktualne (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia dokumentu) zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami

8. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną prowadzenia działalności (np. kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG, wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego nie starszy niż 1 miesiąc, umowę spółki),

**Uwaga:**

**Kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym.**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 do wniosku**

………………, dnia …………………….

Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku**  **Nazwa wyposażenia lub doposażenia, marka, model, typ urządzenia, rok produkcji** | **Ilość** | **Wartość netto/PLN** | **Wartość podatku od towarów i usług/PLN** | **Wartość brutto/PLN** | **Źródła finansowania\*** | | **Termin realizacji zakupu** |
| **Środki własne netto/PLN** | **Środki EFS netto/PLN\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

**\***np.: środki własne, środki z przyznanej ewentualnie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

Uzasadnienie zakupów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku w ramach refundacji wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy** | **Uzasadnienie celowości i wartości zakupów** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej  
 do reprezentowania podmiotu)

**ZAŁĄCZNIK NR 2 do wniosku**

………………, dnia …………………….

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ**

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362.) składam oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis

Oświadczam, iż w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe wnioskodawca:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa pracodawcy i adres siedziby)

**Otrzymał/nie otrzymał\*** pomocy de minimis w kwocie ……..……………. zł, stanowiącej równowartość ……………………… euro, ( na dzień ….)zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Organ udzielający pomoc | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy  w EURO | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

* 1. Oświadczam, iż przyznanie nowej pomocy **nie spowoduje** przekroczenia pułapu 200 000 EURO, a w przypadku transportu nie przekroczy 100 000 EURO.

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do wniosku**

Projekt zakresu obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Zakres obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |

W ramach trwania umowy jako Pracodawca zamierzam inwestować w rozwój pracownika:

* TAK
* NIE

Jeżeli TAK proszę napisać w jakiej formie ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż po ustaniuumowy w ramach subsydiowanego zatrudnienia tj. po okresie 12 m-cy[[1]](#footnote-2), zobowiązuje się zatrudnić pracownika na okres:

* 6 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
* 9 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
* 12 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

1. Przy czy należy pamiętać, iż łączny okres trwania umowy z Pracownikiem to minimum 15 miesięcy ( pierwsza umowa na okres 12 m-cy stanowiąca podstawę do refundacji 6 miesięcy zatrudnienia subsydiowanego a okres jej zakończenia będzie tożsamy z zakończeniem udziału uczestnika w projekcie oraz druga umowa zawarta po upływie 12 miesięcy na okres minimum 3 miesięcy z Uczestnikiem , który uprzednio zakończył udział we wparciu u Pracodawcy) [↑](#footnote-ref-2)