**Załącznik nr 2 do Regulaminu odbywania subsydiowanego zatrudnienia w projekcie „Integracja przez aktywizację”**

**WNIOSEK**

**na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Integracja przez aktywizację”**

1. **Dane Podmiotu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Pełna nazwa Podmiotu** |  |
| **2. Adres siedziby Podmiotu**  ulica, nr, miejscowość, kod pocztowy |  |
| **3. NIP** |  |
| **4. REGON** |  |
| **5. KRS (jeśli dotyczy)** |  |
| **6. PKD (podstawowe)** |  |
| **7. Data rozpoczęcia działalności** |  |
| **8. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności** |  |
| **9. Forma opodatkowania** | 🞎 karta podatkowa  🞎 księga przychodów i rozchodów  🞎 pełna księgowość  🞎 ryczałt od przychodów ewidencjonowanych |
| **10. Numer konta** |  |
| **11. Nazwa Banku** |  |
| **13. Osoba do kontaktu ze strony Pracodawcy:**  Imię, nazwisko, telefon, e-mail |  |

1. **Wielkość przedsiębiorstwa[[1]](#footnote-1) –** 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[[2]](#footnote-2)

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

🞎 średnie przedsiębiorstwo[[4]](#footnote-4)

🞎 duże przedsiębiorstwo

1. **Stan zatrudnienia w Podmiocie składającym wniosek**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba pracowników** | **12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku (w przeliczeniu na pełne etaty)**  **/należy podać miesiąc i rok/** | | | | | | | | | | | | **Ogółem** | **Średnia** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogólna liczba pracowników** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba pracowników niepełnosprawnych** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ogólna 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. **Informacje o planowanym stanowisku pracy w ramach projektu –** w przypadku starania się o więcej niż 1 osobę tabelę należy powielić.

|  |  |
| --- | --- |
| * + - 1. **Nazwa stanowiska pracy** |  |
| * + - 1. **Miejsce wykonywania subsydiowanego zatrudnienia** |  |
| * + - 1. **Proponowany okres zatrudnienia osoby od … do …** |  |
| * + - 1. **Zmianowość** |  |
| * + - 1. **Godziny pracy** |  |

1. **Kwalifikacje i uprawnienia niezbędne i pożądane w przypadku osoby kierowanej do miejsca subsydiowanego zatrudnienia** w przypadku starania się o więcej niż 1 osobę tabelę należy powielić.

|  |  |
| --- | --- |
| * + - 1. **Wykształcenie** |  |
| * + - 1. **Umiejętności** |  |
| * + - 1. **Uprawnienia** |  |
| * + - 1. **Inne uprawnienia** |  |

1. **Wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych Uczestników projektu przy założeniu, że wysokość wynagrodzenia brutto dla uczestnika projektu będzie równa minimalnej płacy krajowej określonej na dany rok kalendarzowy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji obowiązkowych składek na ubezpieczenie społeczne płatnika** | **Ogółem 1 m-c**  **Wynagrodzenie**  **Brutto + obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne płatnika** |
| **2018** |  |  |  |
| **2019** |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

1. **Zobowiązuję / nie zobowiązuję[[5]](#footnote-5) się do zatrudnienia Uczestnika/Uczestników projektu, po okresie zatrudnienia subsydiowanego:**

🞎 na podstawie umowy o pracę, na okres co najmniej 1 miesiąca, w wymiarze min. ½ etatu,

🞎 na podstawie umowy o pracę, na okres co najmniej 3 miesięcy, w wymiarze min. ½ etatu,

🞎 umowy cywilno-prawnej na okres minimum trzech miesięcy

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

data pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

**Załączniki do Wniosku:**

1. Oświadczenie Podmiotu składającego Wniosek
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis[[6]](#footnote-6) (jeśli dotyczy)
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) (jeśli dotyczy)[[7]](#footnote-7)
4. Dokument poświadczający formę prawną Podmiotu (CEIDG/KRS/Umowa spółki cywilnej - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem)

**UWAGA: Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone przez pracodawcę/przedsiębiorcę za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią firmy.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU Wypełnia Personel Projektu** | | |
| Wniosek jest poprawny pod względem formalnym: | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| Wniosek o udzielenie pomocy na subsydiowanie zatrudnienie zostaje przyznany | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| Podpis Kierownika Projektu „Integracja przez aktywizację” |  | |

**Załącznik nr 1 do Wniosku o udzielenie pomocy na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Integracja przez aktywizację”**

**OŚWIADCZENIE**

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

/imię i nazwisko/

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

/pełna nazwa Podmiotu i adres/

**Oświadczam, że:**

1. Oświadczam, że zatrudnienie osób nastąpi zgodnie, 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. utworzone miejsce pracy stanowi wzrost netto liczby pracowników znajdujących się w szczególnie niekorzystnej lub bardzo niekorzystnej sytuacji w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy.
2. Skierowani uczestnicy będą zatrudnieni przez 12 m-cy na umowę o pracę oraz otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnych lub tych samych stanowiskach.
3. Zakład nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.
4. Podmiot, który reprezentuje nie posiada zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i/lub Urzędzie Skarbowym.
5. Oświadczam, że nie korzystam i nie skorzystałem/am z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych oraz nie ubiegam się o inną pomoc na pokrycie tych samych kosztów kwalifikowanych, na które wnioskuję w ramach projektu „Integracja przez aktywizację”,
6. Podmiot, który reprezentuję, nie posiada zobowiązań z tytułu zajęć sądowych i administracyjnych, i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie sądowe, egzekucyjne ani windykacyjne dotyczące niespłaconych zobowiązań publiczno-prawnych;
7. Zobowiązuje się informować Realizatora projektu o wszelkich wypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym w ramach Projektu pracownikiem.
8. Zapoznałem/am się i akceptuję treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu projektu „Integracja przez aktywizację”.

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

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 „Integracja przez aktywizację”**

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań oraz art. 297 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności za wyłudzanie środków publicznych.

Oświadczam/-y[[8]](#footnote-8), że:

🞐 W ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych[[9]](#footnote-9) podmiot/osoba nie uzyskał/a pomocy de minimis

🞐 W ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych podmiot/osoba uzyskał/a pomoc de minimis:

Suma wartości pomocy wliczanej do pomocy *de minimis*, obliczona zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U.2016.1808), otrzymana przez Wnioskodawcę, w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku wynosi brutto....................... PLN, co stanowi równowartość...................EUR.

Na sumę tę składa się pomoc uzyskana z następujących tytułów:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w [PLN] | Wartość wliczana do *de minimis* [EUR] |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie podmioty powiązane osobowo[[10]](#footnote-10) z moim przedsiębiorstwem nie otrzymały/otrzymały[[11]](#footnote-11) w ww. okresie pomoc de minimis odpowiednio:

1. Podmiot (NIP): ………………………………., kwota………………………… PLN, kwota …………………. EUR

2. Podmiot (NIP): ………………………………., kwota………………………… PLN, kwota …………………. EUR

3. Podmiot (NIP): ………………………………., kwota………………………… PLN, kwota …………………. EUR

**UWAGA: W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć kserokopie stosownych zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis**

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

data pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

1. Wypełniają tylko Podmioty prowadzące działalność gospodarczą [↑](#footnote-ref-1)
2. Mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-2)
3. Małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-3)
4. 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Dotyczy tylko podmiotów prowadzących działalność gospodarczą [↑](#footnote-ref-6)
7. Dotyczy tylko podmiotów prowadzących działalność gospodarczą [↑](#footnote-ref-7)
8. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku podmiotów, u których rok obrotowy nie pokrywa się z rokiem kalendarzowym, pod uwagę należy wziąć lata obrotowe. [↑](#footnote-ref-9)
10. Przez podmioty powiązane osobowo należy rozumieć definicję zawartą w art. 2 ust. 2 Rozporządzenia 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. Podmioty powiązane osobowo to min. przedsiębiorstwa rodzinne, spółki cywilne i jawne, jednoosobowe działalności gospodarcze. [↑](#footnote-ref-10)
11. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-11)