***Załącznik nr 1 do Regulaminu wyboru i odbywania subsydiowanego zatrudnienia
przez uczestników projektu oraz refundacji kosztów wyposażenia
lub doposażenia stanowiska pracy***

# WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE SUBSYDIOWANEGO ZATRUDNIENIA U PRACODAWCY ORAZ/LUB WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY

w ramach projektu pn. „Gotowi na zmiany”

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 Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020.

1. **INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
|  | Tytuł projektu | ***Gotowi na zmiany*** |
|  | Nr projektu | **RPDS.08.02.00-02-0118/18** |
|  | Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest projekt | **8 Rynek pracy** |
|  | Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | **8.2 Wsparcie osób poszukujących pracy** |

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

|  |
| --- |
| DANE PODSTAWOWE |
|  | Kraj | Polska |
| Nazwa instytucji |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Typ instytucji | Przedsiębiorstwo |
| w tym |  mikroprzedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR |
|  małe przedsiębiorstwo - zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR |
|  średnie przedsiębiorstwo - zatrudnia od 50 do 249 pracowników i oraz roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR |
|  duże przedsiębiorstwo - przedsiębiorstwo niespełniające żadnego z kryteriów określonych dla mikro, małego i średniego przedsiębiorstwa |
| Forma organizacyjno-prawna |  |
| Data rozpoczęcia działalności gospodarczej | -- |
| Klasa działalności, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc *de minimis*, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm) |  |
| Wysokość składki wypadkowej ZUS |  |
| Nazwa banku i numer konta Pracodawcy |  |
| DANE TELEADRESOWE |
|  | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Nazwisko oraz imię osoby do kontaktu |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY\***

*(\*W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnych danych dla każdego stanowiska pracy. W tym celu należy wypełnić załącznik/załączniki do wniosku)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Informacje dotyczące stanowiska pracy |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  |
| Okres zatrudnienia | od:do: |
| Zmianowość | jedna zmiana/dwie zmiany/trzy zmiany[[1]](#footnote-1) |
| Godziny pracy |  |
| Kwalifikacje i uprawnienia niezbędne i pożądane w przypadku osoby kierowanej do miejsca subsydiowanego zatrudnienia  |
| * Wykształcenie
 |  |
| * Umiejętności
 |  |
| * Uprawnienia
 |  |
| * Inne uprawnienia
 |  |
| Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowaną osobę |  |
| Charakter pracy, w tym: |  |
| praca szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia | **□** tak | **□** nie |
| praca w niedziele i święta | **□** tak | **□** nie |
| praca w porze nocnej | **□** tak | **□** nie |
| Planowany termin rozpoczęcia zatrudnienia |  |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanej osoby |  |
| Termin wypłaty wynagrodzenia |  |
| Termin zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne |  |
| Deklarowany okres zatrudnienia po ustaniu zatrudnienia subsydiowanego (termin/liczba miesięcy) |  |

1. Oświadczenie dotyczące spełnienia warunków względem formy pomocy

**Oświadczam, że zatrudnienie osoby nastąpi w ramach pomocy de minimis** 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 Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020, przy spełnieniu następujących warunków:

1. utworzone miejsce pracy[[2]](#footnote-2):

**□** spowoduje wzrost netto ogólnej liczby pracowników w porównaniu ze średnią
z ostatnich 12 miesięcy;

**□** nie spowoduje wzrostu netto ogólnej liczby pracowników w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy, lecz powodem zwolnienia etatu lub etatów jest:

* dobrowolne rozwiązanie stosunku pracy lub
* przejście na rentę z tytułu niezdolności do pracy lub
* przejście na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego lub
* dobrowolne zmniejszenie wymiaru czasu pracy z inicjatywy pracownika lub
* rozwiązanie stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.
1. Skierowany Uczestnik projektu otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom.
2. Uczestnik Projektu otrzyma zatrudnienie nieprzerwanie przez okres co najmniej 3 miesięcy, a po upływie tego okresu zobowiązuję się do utrzymania go w zatrudnieniu przez okres kolejnych min. 3 miesięcy.
3. Przyjmuję do wiadomości, iż pracodawca może rozwiązać umowę o pracę tylko w przypadku naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.

………………………… ……………………………………………………

*(miejscowość i data) (pieczęć i podpis osoby/osób*

 *upoważnionej/ych do reprezentacji)***IV. DANE DOTYCZĄCE STANU ZATRUDNIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Aktualna (na dzień złożenia wniosku) liczba pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę (**w przeliczeniu na pełny etat),** w tym[[3]](#footnote-3):
 |  |
| * pracownicy zatrudnieni na czas nieokreślony
 |  |
| * na czas określony
 |  |
| * na miejscach refundowanych z Funduszu Pracy
 |  |
| * PFRON
 |  |
| * pracownicy niepełnosprawni
 |  |

|  |
| --- |
| 1. 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 działalności.
 |
|  | 12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku (w przeliczeniu na pełne etaty) /należy podać miesiąc i rok/ | **Ogółem** | **Średnia** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogólna liczba pracowników |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników niepełnosprawnych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ZESTAWIENIE WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH DOPOSAŻENIA LUB WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska | Lp. | Specyfikacja wydatków dotyczących tworzonego stanowiska pracy | Ilość sztuk | Kwota z podziałem na źródła finansowania (netto) | Razem (netto) | Uzasadnienie |
| Środki z Projektu | Środki własne |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*(\*W przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk, proszę o przygotowanie oddzielnych danych dla każdego stanowiska pracy. W tym celu należy wypełnić załącznik/załączniki do wniosku)*

1. **INFORMACJA DOTYCZACA WNIOSKOWANEGO PRZEZ PRACODAWCĘ WSPARCIA *(łącznie z załącznikiem nr 1 do wniosku)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma wsparcia** | **Wnioskowana forma wsparcia i wysokość refundacji** |
| 3-miesięczna refundacja kosztów zatrudnienia – 1 etat | ☐ TAK Wysokość wnioskowanej refundacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ NIE |
| 3-miesięczna refundacja kosztów zatrudnienia – 1/2 etatu | ☐ TAKWysokość wnioskowanej refundacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ NIE |
| Jednorazowa refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy | ☐ TAK Wysokość wnioskowanej refundacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ NIE |
| **Wnioskowana kwota refundacji *(łącznie z załącznikiem nr 1 do wniosku):*** |
| **Liczba miejsc pracy / stanowisk pracy** | **Wnioskowana łączna kwota refundacji** |
|  | Wnioskowana kwota refundacji kosztów zatrudnienia (za cały wnioskowany okres): |
|  | Wnioskowana kwota jednorazowej refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: |

1. **OŚWIADCZENIA PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY:**

**Oświadczam, że nie jestem:**

1. przedsiębiorcą będącym osobą fizyczną, który został skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, karno-skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych;
2. podmiotem, niebędącym osobą fizyczną, w którym osoba będąca członkiem jego organów zarządzających bądź wspólnikiem została skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwa, o których mowa w pkt. 1;
3. podmiotem, który:
	* + posiada zaległości z tytułu należności publicznoprawnych lub
		+ pozostaje pod zarządem komisarycznym bądź znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub
		+ został wykluczony z możliwości otrzymania środków na podstawie art. 207 ustawy
		o finansach publicznych

oraz

1. przedsiębiorcą zajmującym się przetwarzaniem i wprowadzaniem do obrotu produktów rolnych określonych w art. 2 pkt 22 rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008, jeżeli:
	* + wartość pomocy byłaby ustalana na podstawie ceny lub ilości takich produktów nabytych od producentów surowców lub wprowadzonych na rynek przez przedsiębiorcę objętego pomocą lub
		+ przyznanie pomocy zależałoby od przekazania jej w części lub w całości producentom surowców;
2. Oświadczam, iż na podmiocie, który reprezentuję nie ciąży obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną
z prawem oraz wspólnym rynkiem (Ustawa z dn. 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu
w sprawach dotyczących pomocy publicznej Dz. U. z 2007 r., N59, poz. 404), z wyjątkiem pomocy *de minimis*.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z *Regulamin wyboru i odbywania subsydiowanego zatrudnienia przez uczestników projektu oraz refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w ramach projektu „Gotowi na zmiany” realizowanego* w ramach RPO WD 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Oświadczam, że po upływie okresu subsydiowania zatrudnienia gwarantuję dalsze zatrudnienie Uczestników projektu skierowanych przez Projektodawcę przez minimalny okres 3 miesięcy.
5. Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania wyposażonego / doposażonego stanowiska pracy przez co najmniej 12 miesięcy.
6. Oświadczam, iż w przypadku podpisania umowy na organizację subsydiowanego zatrudnienia oraz/lub wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy zobowiązuję się zabezpieczyć jej realizację w dwóch formach:
* weksel in blanco wraz z poręczeniem wekslowym: poświadczony notarialnie weksel in blanco wraz z deklaracją wekslową oraz
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

Do niniejszego wniosku zobowiązuję się załączyć:

1. Załączniki nr 1 do wniosku (w przypadku tworzenia więcej niż 1 stanowiska pracy) – ilość: szt. .....
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (*Załącznik nr 2*).
3. Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis* jakie przedsiębiorca oraz wszystkie jednostki gospodarcze z nim powiązane otrzymały w ciągu 3 ostatnich lat, tj. jakie otrzymały w roku podatkowym, w którym przedsiębiorca ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych lub oświadczenie o jej nieotrzymaniu (*Załącznik nr 3)*.
4. Aktualne dokumenty określające formę prawną prowadzonej działalności (wydruk z rejestru CEIDG lub z Krajowego Rejestru. W przypadku spółek cywilnych dodatkowo umowa spółki cywilnej).

***Jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą oraz potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji, jednocześnie zobowiązuję się do dostarczenia wszystkich wymaganych dokumentów we wskazanym przez Projektodawcę terminie.***

………………………… ……………………………………………………

*(miejscowość i data) (pieczęć i podpis osoby/osób*

 *upoważnionej/ych do reprezentacji)*

***Załącznik nr 1 do Wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie subsydiowanego zatrudnienia u pracodawcy oraz/lub wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

*…………….…………………*

*miejscowość, data*

*……………………………………..*

pieczęć pracodawcy

 (Miejscowość, data)

**ZAŁĄCZNIK nr ...... do WNIOSKU\***

*(\*należy wypełnić w przypadku wnioskowania o refundację dla kilku stanowisk)*

1. **DANE DOTYCZĄCE OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Informacje dotyczące stanowiska pracy |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  |
| Okres zatrudnienia | od:do: |
| Zmianowość | jedna zmiana/dwie zmiany/trzy zmiany[[4]](#footnote-4) |
| Godziny pracy |  |
| Kwalifikacje i uprawnienia niezbędne i pożądane w przypadku osoby kierowanej do miejsca subsydiowanego zatrudnienia  |
| * Wykształcenie
 |  |
| * Umiejętności
 |  |
| * Uprawnienia
 |  |
| * Inne uprawnienia
 |  |
| Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowaną osobę |  |
| Charakter pracy, w tym: |  |
| praca szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia | **□** tak | **□** nie |
| praca w niedziele i święta | **□** tak | **□** nie |
| praca w porze nocnej | **□** tak | **□** nie |
| Planowany termin rozpoczęcia zatrudnienia |  |
| Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanej osoby |  |
| Termin wypłaty wynagrodzenia |  |
| Termin zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne |  |
| Deklarowany okres zatrudnienia po ustaniu zatrudnienia subsydiowanego (termin/liczba miesięcy) |  |

1. **ZESTAWIENIE WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH DOPOSAŻENIA LUB WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska | Lp. | Specyfikacja wydatków dotyczących tworzonego stanowiska pracy | Ilość sztuk | Kwota z podziałem na źródła finansowania (netto) | Razem (netto) | Uzasadnienie |
| Środki z Projektu | Środki własne |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

………………………… ……………………………………………………

*(miejscowość i data) (pieczęć i podpis osoby/osób*

 *upoważnionej/ych do reprezentacji)*

1. Niewłaściwej skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznacz właściwe. [↑](#footnote-ref-2)
3. Do liczby pracowników **nie wlicza się** pracowników przebywających na urlopach bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczych, odbywających zasadnicza służbę wojskową, a także zatrudnionych
w celu przygotowania zawodowego (uczniów). [↑](#footnote-ref-3)
4. Niewłaściwej skreślić [↑](#footnote-ref-4)