***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 WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY

w ramach projektu pn. „Aktywni społecznie i zawodowo”

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 | ***Aktywni społecznie i zawodowo*** |
|  | Nr projektu | **RPDS.09.01.01-02-0058/19** |
|  | Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest projekt | **9 Włączenie społeczne** |
|  | Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | **9.1 Aktywna integracja** |
|  | Poddziałanie, w ramach którego realizowany jest projekt | **9.1.1 Aktywna integracja – konkursy horyzontalne** |

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 |  | |
| Przedsiębiorstwo ma status Podmiotu Ekonomii Społecznej | TAK NIE | |
| 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 6 miesięcy, a po upływie tego okresu zobowiązuję się do utrzymania go w zatrudnieniu przez okres kolejnych min. 6 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** |
| 6-miesięczna refundacja kosztów zatrudnienia – 1 etat | | ☐ TAK  Wysokość wnioskowanej refundacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ NIE |
| 6-miesięczna refundacja kosztów zatrudnienia – 1/2 etatu | | ☐ TAK  Wysokość 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 podmiot, który reprezentuję nie zmniejszył wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
3. Oświadczam, iż podmiot, który reprezentuję prowadzi działalność, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności nie wlicza się okresu zawieszenia działalności, a w przypadku przedszkola i szkoły – prowadzeniu działalności na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
4. Oświadczam, iż podmiot, który reprezentuję
   * + nie zalega w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
     + nie zalega w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
     + nie posiada w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
5. 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*.
6. 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 „Aktywni społecznie i zawodowo” realizowanego* w ramach RPO WD 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Oświadczam, że po upływie okresu subsydiowania zatrudnienia gwarantuję dalsze zatrudnienie Uczestników projektu skierowanych przez Projektodawcę przez minimalny okres 6 miesięcy.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do utrzymania wyposażonego / doposażonego stanowiska pracy przez co najmniej 12 miesięcy.
9. 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.

………………………… ……………………………………………………

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

*upoważnionej/ych do reprezentacji)*

1. **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH INSTYTUCJI**

Świadomie i dobrowolnie w imieniu …………………………………………………………………..… (nazwa Podmiotu) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych instytucji w zakresie obejmującym dane uczestników instytucjonalnych: Kraj, Nazwę, NIP, typ podmiotu, dane adresowe, dane teleadresowe, w tym e-mail oraz nr telefonu instytucji/ organizacji przez Administratora Danych, którym jest:

* + - 1. Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu 50-411, Wybrzeże Słowackiego 12-14, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego - w odniesieniu do zbioru: „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014 – 2020”.
      2. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą w przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa - w odniesieniu do zbioru: „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”. Moje dane osobowe będę przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020.

Oświadczam, iż zostałam/ zostałem poinformowana/ poinformowany, że w tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie danych instytucji jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają administratorzy.

Wyrażam zgodę (jeśli zachodzi taka potrzeba) na przekazywanie danych instytucji innym podmiotom, tj. Beneficjentowi oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

**Oświadczam/y, że dane zawarte w niniejszym formularzu oraz w oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz spełniają kryteria uprawniające do udziału w projekcie.**

………………………… ……………………………………………………

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

*upoważnionej/ych do reprezentacji)*

Do niniejszego wniosku zobowiązuję się załączyć:

1. Załączniki nr 1a 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 1b*).
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 1c)*.
4. Aktualne dokumenty określające formę prawną prowadzonej działalności (wydruk z rejestru CEIDG lub z Krajowego Rejestru. W przypadku spółek cywilnych dodatkowo umowa spółki cywilnej).

………………………… ……………………………………………………

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

*upoważnionej/ych do reprezentacji)*

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

*…………….…………………*

*miejscowość, data*

*……………………………………..*

pieczęć pracodawcy

**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. Niewłaściwe 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. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-4)