

Załącznik nr 1 –Wzór wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia.

WNIOSEK
O UDZIELENIE POMOCY DE MINIMIS NA SUBSYDIOWANIE ZATRUDNIENIA
W RAMACH PROJEKTU „WKOMPONOWANI W NOWY RYTM PRACY”

Na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 20 grudnia 2022 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) na lata 2021-2027.

I. Dane Podmiotu (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa					
2. Adres siedziby przedsiębiorstwa kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer lokalu					
3. Telefon, e-mail					
4. NIP		5. REGON		6. KRS	
7. Numer PKD					
8. Forma prawna					
9. Rodzaj prowadzonej działalności					
9. Forma opodatkowania		<input type="checkbox"/> karta podatkowa <input type="checkbox"/> księga przychodów i rozchodów <input type="checkbox"/> pełna księgowość <input type="checkbox"/> ryczałt od przychodów ewidencjonowanych			
10. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej					
11. Numer rachunku bankowego, na który będzie przekazywana refundacja		-----			
12. Nazwa Banku					
12. Osoba do kontaktu ze strony Pracodawcy: Imię i nazwisko, telefon, e-mail, stanowisko służbowe					



II. **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 zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.
- małe przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.
- średnie przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.

III. **Stan zatrudnienia u przedsiębiorcy prowadzącego 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 pełne etaty*	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.



IV. Rodzaj stanowisk pracy oraz ilość osób potrzebnych do zatrudnienia.

Lp.	Nazwa stanowiska	Rodzaj, miejsce wykonywanych zadań (proszę podać adres), pożądane kwalifikacje zawodowe	Liczba osób	Deklarowany okres zatrudnienia** (w miesiącach)	Planowana wysokość wynagrodzenia brutto ze składkami pracodawcy
1.					
2.					
3.					

** deklarowany okres zatrudnienia musi wynosić co najmniej 6 miesięcy

V. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych Uczestników/czek projektu:

Lp.	Proponowane stanowisko	Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto	Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji składek na ubezpieczenie społeczne ponoszonych przez płatnika	Całkowita wysokość refundacji kosztów wynagrodzenia za 1 m-c	Całkowita wysokość refundacji kosztów wynagrodzenia za 6 m-c
1.					
2.					
3.					



VI. Deklaracja zatrudnienia

Liczba uczestników/czek projektu, które podmiot zamierza zatrudnić po zakończeniu subsydiowanego zatrudnienia na podstawie:

Rodzaj umowy	Liczba osób	Ilość miesięcy	Wymiar etatu	Stanowisko
Umowa cywilnoprawna				
Umowa o pracę na czas określony				
Umowa o pracę na czas nieokreślony				

.....

.....

Miejscowość, data

pieczęć i czytelny 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. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłaceniu składek do ZUS
5. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłaceniu składek do US
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 nadaniu numerów NIP i REGON jeżeli nie są one widoczne na wydruku z CEIDG lub KRS - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem



Załącznik nr 1 do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a.....

/imię i nazwisko/

reprezentujący/a

.....

.....

/pełna nazwa przedsiębiorcy i adres/

Oświadczam, że:

1. zatrudnienie osób nastąpi w ramach pomocy *de minimis* zgodnie, przy spełnieniu następujących warunków:
 - 1) 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 osiągnięcia wieku emerytalnego,
 - dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub
 - rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych;
 - 2) 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/e Uczestnicy/czki będą zatrudnieni na umowę o pracę oraz otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnętrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnych lub tych samych stanowiskach;
3. zakład nie jest w stanie likwidacji lub upadłości;
4. spełniam warunki dotyczące mojej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, s. 1) oraz Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturyzacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004. str. 2) z późn.zm;
5. nie otrzymałem pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc publiczną;
6. 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;



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

7. 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;
8. zobowiązuje się informować Realizatora projektu o wszelkich wypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym w ramach Projektu pracownikiem;
9. zapoznałem się z Regulaminem subsydiowanego zatrudnienia w ramach projektu pn. „Wkomponowani w nowy rytm pracy”, zrozumiałem/am jego treść i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
Miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osoby
upoważnionej
do reprezentowania Podmiotu



Załącznik nr 2 do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

Reprezentujący/a

(nazwa i adres podmiotu)

NIP:

Oświadczam, że suma wartości pomocy wliczanej do pomocy *de minimis*, obliczona zgodnie z art. 63 ust. 1 ustawy z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, w okresie bieżącego roku oraz w okresie dwóch lat podatkowych poprzedzających dzień złożenia wniosku, wynosi brutto PLN, co stanowi równowartość EUR¹. Na sumę tę składa się pomoc uzyskana z następujących tytułów:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Dzień udzielenia pomocy (dzień – miesiąc - rok)	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto		
						w PLN	w EUR	
1.								
2.								
3.								
(w razie potrzeby proszę dodać wiersze)						Łączna wartość de minimis:		

.....
Miejscowość i data.....
pieczęć i podpis osoby
upoważnionej
do reprezentowania Podmiotu

Załączniki: kopie zaświadczeń o pomocy de minimis (jeżeli dotyczy) - szt.

¹ Należy podać wartość pomocy w euro ustaloną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z 2007 r. Dz. U. Nr 59, poz.404).