*Załącznik nr 1 do Regulaminu wsparcia w ramach PSF*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**Wniosek o udzielenie pomocy de minimis/pomocy publicznej**

Instrukcja wypełniania formularza:

1. Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.
2. Prosimy o wpisanie KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI wymaganych informacji (czytelnie).
3. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza.
4. W polach formularza, które nie mogą zostać wypełnione ze względu na specyfikę danego zgłoszenia należy wpisać „nie dotyczy”.

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez Operatora**  |
| **Data złożenia Formularza zgłoszeniowego** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej Formularz zgłoszeniowy** |  |
| **Numer Formularza zgłoszeniowego** | BUR2.0/………….. |

**I. Status przedsiębiorstwa**

|  |
| --- |
| **Wielkość i rodzaj przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów Załącznika nr 1 do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1).*****Zgodnie z Oświadczeniem o spełnianiu kryteriów MŚP stanowiącym załącznik nr 1 do Formularza Zgłoszeniowego*** |
| **Wielkość przedsiębiorstwa** | [ ]  mikroprzedsiębiorstwo,*w tym*[ ]  **samozatrudniony** | [ ]  małe przedsiębiorstwo | [ ]  średnie przedsiębiorstwo | [ ]  inneprzedsiębiorstwo |
| **Rodzaj przedsiębiorstwa[[1]](#footnote-1)** | [ ] niezależne (samodzielne)*Załącznik nr 1 do Oświadczenia o spełnianiu kryteriów MMŚP* | [ ]  partnerskie*Załącznik nr 2 do Oświadczenia o spełnianiu kryteriów MMŚP* | [ ]  związane (powiązane)*Załącznik nr 3 do Oświadczenia o spełnianiu kryteriów MMŚP* |

**II. Dane identyfikujące przedsiębiorstwo[[2]](#footnote-2)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa[[3]](#footnote-3)** |  |
| **NIP** |  |
| **KRS** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Numer kodu PKD[[4]](#footnote-4)** |  |
| **Data rejestracji w KRS/data rozpoczęcia działalności gospodarczej**  |  |
| **Osoba/y upoważniona/e do podpisania Umowy wsparcia-promesy** (imię i nazwisko, pełniona funkcja) |  |
| **Dane adresowe siedziby lub głównego miejsca wykonywania działalności[[5]](#footnote-5)** |
| **Kraj** |  | **Województwo** |  |
| **Powiat**  |  | **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  | **Poczta** |  |
| **Numer budynku** |  | **Numer lokalu** |  |
| **Dane adresowe oddziału na terenie subregionu rzeszowskiego***(Należy wypełnić, gdy adres siedziby lub głównego miejsca wykonywania działalności znajduje się poza terenem subregionu rzeszowskiego)* |
| [ ]  **Dotyczy** [ ]  **Nie dotyczy** |
| **Data rozpoczęcia wykonywania działalności na terenie subregionu rzeszowskiego** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy**  |  |
| **Ulica** |  | **Poczta**  |  |
| **Numer budynku** |  | **Numer lokalu** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres korespondencyjny[[6]](#footnote-6)** (ulica, numer budynku/lokalu, kod pocztowy, miejscowość) |  |
| **Osoba do kontaktu[[7]](#footnote-7)** | **Imię i nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy[[8]](#footnote-8)** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |
| --- |
| **III. Informacje dodatkowe** |
| **Numer rachunku bankowego, na który zostanie przekazana refundacja[[9]](#footnote-9)** |  |
| **Pełna nazwa banku** |  |

**IV. Informacje w zakresie pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| **Niniejszy Projekt podlega regulacjom dotyczącym pomocy publicznej – należy podać podstawę prawną zastosowanego schematu postępowania w sprawach pomocy publicznej.** |
| **Opis Projektu:**Refundacjakosztów usług rozwojowych, dostępnych w Bazie Usług Rozwojowych, dla oddelegowanych pracowników.**Rodzaj pomocy – dotacja**.  |
| **Pomoc de minimis** udzielana zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach krajowych i unijnych, w tym w szczególności 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. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) oraz 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 (Dz. U. 2015, poz. 1073). | [ ]  |
| **Wnioskowana kwota pomocy de minimis** | …………………… PLN |
| **Pomoc publiczna** udzielana zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach krajowych i unijnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014) oraz 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 (Dz. U. 2015 poz. 1073)  | [ ]  |
| **Wnioskowana kwota pomocy publicznej** | …………………… PLN |

**V. Szczególne grupy docelowe i usługi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedsiębiorstwo wysokiego wzrostu[[10]](#footnote-10)** | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| *Wysokość przychodów netto Wnioskodawcy w złotych [[11]](#footnote-11)* |
| *Zamknięty rok obrotowy* *(n-3)* | *Zamknięty rok obrotowy**(n-2)* | *Zamknięty rok obrotowy* *(n-1)* | *Ostatni zamknięty rok obrotowy* *(n)* |
|  |  |  |  |
| **Przedsiębiorca, który uzyskał wsparcie w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER[[12]](#footnote-12)**  | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| **Usługi prowadzące do zdobycia lub potwierdzenia kwalifikacji (art.2, p.8, ustawy z dnia 22.12.2015r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji – wpisać zgodnie z Kartą Usługi**  | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| **Skierowani pracownicy – pracownicy w wieku 50 lat lub więcej***[[13]](#footnote-13)* | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| **Skierowani pracownicy – pracownicy o niskich kwalifikacjach (do ISCED 3 włącznie)***[[14]](#footnote-14)* | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| **Przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą na terenie miasta średniego lub miasta średniego tracącego funkcje społeczno-gospodarcze[[15]](#footnote-15)** | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |

**VI. Informacje o pracownikach objętych wsparciem**

|  |
| --- |
| **Ile osób i jakie grupy przedsiębiorca planuje objąć wsparciem w projekcie w podziale na kobiety i mężczyzn – należy wskazać liczbę[[16]](#footnote-16)** |
|  | **K** | **M** |
| liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w projekcie |  |  |
| w tym: | liczba osób pracujących w wieku **50 lat lub więcej** objętych wsparciem w projekcie  |  |  |
| liczba osób pracujących o niskich kwalifikacjach (do **ISCED 3** włącznie) objętych wsparciem w projekcie. |  |  |
| Liczba osób **z niepełnosprawnościami** |  |  |
| Liczba osób oddelegowanych na **Studia Podyplomowe** |  |  |

**VII. Informacje o usłudze rozwojowej** (każdą usługę proszę rozpisać w osobnym zestawieniu, w razie potrzeby proszę powielić tabelę)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa usługi**

**(zgodnie z Kartą Usługi)** |  |
| **Rodzaj usługi** |  |
| **Podrodzaj usługi** |  |
| **Numer usługi w BUR** |  |
| **Czy usługa pozwala na zdobycie kwalifikacji lub części kwalifikacji zarejestrowanych w ZRK?** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie** |
| **Czy usługa pozwala na uzyskanie kwalifikacji innych niż kwalifikacje zarejestrowane w ZRK?** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie** |
| **Dane podmiotu świadczącego usługę rozwojową** |  |
| **Miejsce realizacji usługi** |  |
| **Termin realizacji usługi** |  |
| **Cena usługi na jednego pracownika netto** |  |
| **Łączna liczba personelu skierowanego na usługę** |  |
| **Łączna wartość usługi rozwojowej netto** *(cena netto x liczba personelu)* |  |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** | **Nr PESEL;osoby nieposiadające numeru PESEL – data urodzenia** | **Rodzaj zatrudnienia *(np. właściciel, umowa o pracę, umowa zlecenia, itp.)*** | **Personel z grupy (***wpisać:* ***50+*** *lub* ***ISCED 3*** *lub* ***inny*)** | **Możliwy procent dofinansowania** (*wynikający z regulaminu*) | **Możliwa kwota dofinansowania usługi rozwojowej na pracownika[[17]](#footnote-17)***(proszę zwrócić uwagę na dostępne limity kwotowe)* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| **Wnioskowane dofinansowanie na usługę rozwojową** |  |
| **Wkład własny w usługę rozwojową** *Łączna wartość usługi rozwojowej netto minus wnioskowane dofinansowanie* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa usługi**

**(zgodnie z Kartą Usługi)** |  |
| **Rodzaj usługi** |  |
| **Podrodzaj usługi** |  |
| **Numer usługi w BUR** |  |
| **Czy usługa pozwala na zdobycie kwalifikacji lub części kwalifikacji zarejestrowanych w ZRK?** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie** |
| **Czy usługa pozwala na uzyskanie kwalifikacji innych niż kwalifikacje zarejestrowane w ZRK?** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie** |
| **Dane podmiotu świadczącego usługę rozwojową** |  |
| **Miejsce realizacji usługi** |  |
| **Termin realizacji usługi** |  |
| **Cena usługi na jednego pracownika netto** |  |
| **Łączna liczba personelu skierowanego na usługę** |  |
| **Łączna wartość usługi rozwojowej netto** *(cena netto x liczba personelu)* |  |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** | **Nr PESEL;osoby nieposiadające numeru PESEL – data urodzenia** | **Rodzaj zatrudnienia *(np. właściciel, umowa o pracę, umowa zlecenia, itp.)*** | **Personel z grupy (***wpisać:* ***50+*** *lub* ***ISCED 3*** *lub* ***inny*)** | **Możliwy procent dofinansowania** (*wynikający z regulaminu*) | **Możliwa kwota dofinansowania usługi rozwojowej na pracownika[[18]](#footnote-18)***(proszę zwrócić uwagę na dostępne limity kwotowe)* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| **Wnioskowane dofinansowanie na usługę rozwojową** |  |
| **Wkład własny w usługę rozwojową** *Łączna wartość usługi rozwojowej netto minus wnioskowane dofinansowanie* |  |

**VIII. Wnioskowana wartość usług rozwojowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Łączna wartość usług rozwojowych netto |  |
| **Łączna wnioskowana kwota dofinansowania na usługi rozwojowe**  |  |
| Łączny wkład własny w usługi rozwojowe *(łączna wartość netto – łączna wnioskowana kwota dofinansowania*) |  |

**IX. Informacja o dofinansowaniu usług rozwojowych u innych Operatorów**

|  |
| --- |
| **Czy przedsiębiorstwo do dnia złożenia Formularza zgłoszeniowego korzystało, korzysta bądź ubiega się o dofinansowanie usług rozwojowych w ramach Podmiotowego Systemu Finansowania (PSF) u innego Operatora z terenu województwa podkarpackiego?** **[ ]** TAK **[ ]** NIE *Jeżeli TAK to prosimy o uzupełnienie poniższej tabeli:* |
| Nazwa Operatora | Nazwa usługi rozwojowej | Termin korzystania z  usługi rozwojowejod - do | Wartość dofinansowania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*W razie potrzeby proszę powielić liczbę wierszy.*

**X. Oświadczenia:**

Świadoma(-y) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

1. *Zapoznałem/-am* się z Regulaminem WSPARCIA W RAMACH Podmiotowego Systemu Finansowania na terenie subregionu rzeszowskiego i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.
2. Wszystkie informacje zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
3. Zakres usługi rozwojowej jest zgodny z celami rozwojowymi przedsiębiorstwa.
4. *Zostałem(-am)* poinformowany(-a), że Projekt „GENERATOR KOMPETENCJI 2.0 – Podniesienie kompetencji i kwalifikacji pracowników przedsiębiorstw MŚP na terenie subregionu rzeszowskiego poprzez dofinansowanie usług rozwojowych” jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.
5. *Nie byłam(-em)* karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
6. *Nie byłam(-em)* karana(-y) karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2013 r., poz. 885).
7. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **k*orzysta/nie korzysta****\** równolegle z innych środków na pokrycie wydatków związanych z wnioskowaną usługą rozwojową/usługami rozwojowymi***.***
8. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **k*orzystało*/*nie korzystało****\**ze wsparcia w postaci analiz potrzeb rozwojowych lub planów w ramach działania 2.2. PO WER. Jeżeli TAK, to do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć Zaświadczenie o uzyskanym wsparciu w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER.
9. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję ***jest/nie jest****\** objęte postępowaniem upadłościowym.
10. Pracownicy zgłoszeni do udziału w usługach rozwojowych stanowią personel w rozumieniu art. 5 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014.

*\*Niepotrzebne skreślić*

**XI. Załączniki do Formularza zgłoszeniowego:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik nr 1** | [ ]  Dane Uczestnika Projektu, ….….... szt. |
| **Załącznik nr 2** | [ ]  Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP |
| **Załącznik nr 3** | [ ]  Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymaniu / nieotrzymaniu pomocy de minimis *(jeśli dotyczy)* |
| **Załącznik nr 4** | [ ]  Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis *(jeśli dotyczy)* |
| **Załącznik nr 5** | [ ]  Formularz przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie *(jeśli dotyczy)* |
| **Załącznik nr 6** | [ ]  Oświadczenie wnioskodawcy o nieotrzymaniu pomocy w odniesieniu do tego samego przedsięwzięcia *(w przypadku ubiegania się o pomoc inną niż pomoc de minimis*) *(jeśli dotyczy)* |
| **Załącznik nr 7** | [ ]  Oświadczenie Uczestnika Projektu (*tylko dla przedsiębiorców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą*) – oświadczenie wypełniają tylko właściciele przedsiębiorstwa |
| **Załącznik nr 8** | [ ]  Karta usługi opublikowana w Bazie Usług Rozwojowych |
| **Załącznik nr 9** | [ ]  Zaświadczenie o uzyskanym wsparciu w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER *(jeśli dotyczy)* |
| **Załącznik nr 10** | [ ]  Pełnomocnictwo do reprezentowania przedsiębiorcy *(jeśli dotyczy)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość i data:** | **Pieczęć i podpis/y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Przedsiębiorstwa:** |
|  |  |

*Wszelkie podpisy na Formularzu zgłoszeniowym i załącznikach powinny być dokonane kolorem innym niż czarny*

1. Zgodnie z Oświadczeniem o spełnianiu kryteriów MŚP [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy także działalności osoby samozatrudnionej [↑](#footnote-ref-2)
3. Podana nazwa powinna być zgodna z dokumentami rejestrowymi takimi jak: CEIDG, KRS lub inną właściwą ewidencją. [↑](#footnote-ref-3)
4. Podać nr PKD działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o dofinansowanie usługi rozwojowej. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z wpisem we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej. [↑](#footnote-ref-5)
6. Należy podać adres przedsiębiorcy, na który ma być kierowana wszelka korespondencja. [↑](#footnote-ref-6)
7. Należy wskazać osobę, która w imieniu Przedsiębiorcy będzie upoważniona do udzielania informacji zawartych w niniejszym formularzu. [↑](#footnote-ref-7)
8. Obowiązkowo należy podać obie formy kontaktu (e-mail i telefon). [↑](#footnote-ref-8)
9. Właścicielem rachunku bankowego musi być Przedsiębiorstwo. [↑](#footnote-ref-9)
10. Przedsiębiorstwo o największym potencjale do generowania nowych miejsc pracy w regionie w porównaniu do innych przedsiębiorstw, tj. wykazujące w trzyletnim okresie średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej. [↑](#footnote-ref-10)
11. Należy wypełnić, w przypadku wyboru opcji TAK w polu „Przedsiębiorstwo wysokiego wzrostu”. [↑](#footnote-ref-11)
12. Jeżeli„Tak” należy dołączyć Zaświadczenie o uzyskanym wsparciu [↑](#footnote-ref-12)
13. Osoba w wieku 50 lat lub więcej, wiek określa się na podstawie daty urodzenia i ustalany jest na dzień złożenia Formularza zgłoszeniowego [↑](#footnote-ref-13)
14. Osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO), tj. na poziomie wykształcenia ponadgimnazjalnego (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, do których zaliczamy: Liceum ogólnokształcące; Liceum profilowane; Technikum; Uzupełniające liceum ogólnokształcące; Technikum uzupełniające; Zasadnicza Szkoła Zawodowa). Osoby przystępujące do projektu wykazywane są jeden raz, przy uwzględnieniu najwyższego ukończonego poziomu ISCED [↑](#footnote-ref-14)
15. W przypadku subregionu rzeszowskiego są to: Dębica, Łańcut i Ropczyce. [↑](#footnote-ref-15)
16. Pracownik zgłaszany na usługę rozwojową musi być zatrudniony u Przedsiębiorcy wnioskującego o dofinansowanie przez co najmniej 30 dni kalendarzowych, licząc do dnia złożenia formularza zgłoszeniowego. Termin ten nie dotyczy przedsiębiorców, którzy działają na rynku krócej niż 30 dni. Umowa zawarta pomiędzy pracownikiem zgłaszanym na usługę rozwojową a Przedsiębiorcą wnioskującym o dofinansowanie nie może być zawarta na okres krótszy niż 90 dni kalendarzowych. [↑](#footnote-ref-16)
17. Kwota dofinansowania jest to iloczyn możliwego procentu dofinansowania oraz ceny usługi **netto** ewentualnie pomniejszona do wysokości limitu wsparcia. [↑](#footnote-ref-17)
18. Kwota dofinansowania jest to iloczyn możliwego procentu dofinansowania oraz ceny usługi **netto** ewentualnie pomniejszona do wysokości limitu wsparcia. [↑](#footnote-ref-18)