*Załącznik nr 1 do Regulaminu wsparcia w ramach PSF*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do Projektu**

**„GENERATOR KOMPETENCJI – Podniesienie kompetencji i kwalifikacji pracowników przedsiębiorstw MŚP na terenie subregionu rzeszowskiego poprzez dofinansowanie usług rozwojowych, dostępnych w BUR”**

Instrukcja wypełniania formularza:

1. Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.
2. Prosimy o wpisanie KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI wymaganych informacji.
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 osobę przyjmującą Formularz zgłoszeniowy** |
| **Data**  |  |
| **Podpis osoby przyjmującej Formularz** |  |
| **Numer Formularza zgłoszeniowego** |  |

**I. Wielkość przedsiębiorstwa**

|  |
| --- |
| **Wielkość i rodzaj przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów Załącznika nr 1 do Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r.*****Zgodnie z Oświadczeniem o spełnianiu kryteriów MŚP stanowiącym załącznik nr 1 do Formularza Zgłoszeniowego*** |
| **Wielkość przedsiębiorstwa** | [ ]  mikroprzedsiębiorstwo,w tym[ ]  samozatrudniony | [ ]  małe przedsiębiorstwo | [ ]  średnie przedsiębiorstwo |
| **Rodzaj przedsiębiorstwa** | [ ] 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[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **KRS** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Numer kodu PKD przeważającej działalności** |  |
| **Możliwość odzyskania VAT** (TAK/NIE) |  |
| **Uzasadnienie braku możliwości odzyskania VAT** |  |

**III. Dane kontaktowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**IV. Dane adresowe siedziby lub głównego miejsca wykonywania działalności**[[2]](#footnote-2)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kraj** |  |
| **Województwo** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy / Poczta** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  | **Numer lokalu** |  |
| **Numer rachunku bankowego, na który zostanie przekazana refundacja**  |  |
| **Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy(imię i nazwisko, stanowisko)** |  |

**V. Dane adresowe jednostki organizacyjnej na terenie subregionu rzeszowskiego2**

**(*należy wypełnić, gdy adres siedziby lub głównego miejsca wykonywania działalności znajduje się poza terenem subregionu rzeszowskiego*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa jednostki organizacyjnej** |  |
| **Województwo** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy / Poczta** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  | **Numer lokalu** |  |

**VI. Szczególne grupy docelowe i usługi**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedsiębiorstwo wysokiego wzrostu** *- przedsiębiorstwo o największym potencjale do generowania nowych miejsc pracy w regionie w porównaniu do innych przedsiębiorstw, w tym w szczególności wykazujące w trzyletnim okresie średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej* | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| **Przedsiębiorca, który uzyskał wsparcie w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER**  | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| **Usługi prowadzące do zdobycia lub potwierdzenia kwalifikacji** (art.2, p.8, ustawy z dnia 22.12.2015r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| Skierowani pracownicy - **pracownicy powyżej 50 roku życia** | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |
| Skierowani pracownicy – **pracownicy o niskich kwalifikacjach (do ISCED 3 włącznie)** | [ ]  **Tak** [ ]  **Nie** |

**VII. Informacje w zakresie pomocy publicznej**

|  |
| --- |
| **Niniejszy Projekt podlega regulacjom dotyczącym pomocy publicznej – należy podać podstawę prawną zastosowanego schematu postępowania w sprawach pomocy publicznej.** |
| **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). | [ ]  |
| **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).  | [ ]  |

**VIII. 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** |
| **(wskazanie grup zgodnie z cechami dla wsparcia preferencyjnego)** | **K** | **M** |
| liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w projekcie |  |  |
| w tym: | liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w projekcie |  |  |
| liczba osób pracujących o niskich kwalifikacjach (do ISCED 3 włącznie) objętych wsparciem w projekcie. |  |  |

**IX. 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** |  |
| **Numer usługi w BUR** |  |
| **Czy usługa pozwala na zdobycie kwalifikacji lub części kwalifikacji zarejestrowanych w ZRK?** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie** |
| **Dane podmiotu świadczącego usługę rozwojową** |  |
| **Miejsce realizacji usługi** |  |
| **Termin realizacji usługi** |  |
| **Planowana cena usługi na jednego pracownika** ***(netto lub brutto, w zależności od kwalifikowalności podatku VAT*)** |  |
| **Łączna liczba personelu skierowanego na usługę** |  |
| **Planowany, łączny koszt usługi** |  |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** | **Rodzaj zatrudnienia *(np. właściciel, umowa o pracę, umowa zlecenia, itp.)*** | **Personel z grupy preferencyjnej (***wpisać:* ***personel powyżej 50 roku życia, personel o niskich kwalifikacjach (ISCED 3)*** *lub* ***inny*)** | **Możliwy procent dofinansowania** (wynikający z regulaminu) | **Możliwa kwota dofinansowania usługi rozwojowej na pracownika** *(proszę zwrócić uwagę na dostępne limity kwotowe)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Wnioskowane dofinansowanie za usługę rozwojową** |  |
| **Wkład własny w usługę rozwojową** *(Planowany łączny koszt usługi minus wnioskowane dofinansowanie)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa usługi (zgodnie z Kartą Usługi)**
 |  |
| **Rodzaj usługi** |  |
| **Numer usługi w BUR** |  |
| **Czy usługa pozwala na zdobycie kwalifikacji lub części kwalifikacji zarejestrowanych w ZRK?** | [ ]  **Tak**[ ]  **Nie** |
| **Dane podmiotu świadczącego usługę rozwojową** |  |
| **Miejsce realizacji usługi** |  |
| **Termin realizacji usługi** |  |
| **Planowana cena usługi na jednego pracownika** ***(netto lub brutto, w zależności od kwalifikowalności podatku VAT*)** |  |
| **Łączna liczba personelu skierowanego na usługę** |  |
| **Planowany, łączny koszt usługi** |  |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** | **Rodzaj zatrudnienia *(np. właściciel, umowa o pracę, umowa zlecenia, itp.)*** | **Personel z grupy preferencyjnej (***wpisać:* ***personel powyżej 50 roku życia, personel o niskich kwalifikacjach (ISCED 3)*** *lub* ***inny*)** | **Możliwy procent dofinansowania** (wynikający z regulaminu) | **Możliwa kwota dofinansowania usługi rozwojowej na pracownika** *(proszę zwrócić uwagę na dostępne limity kwotowe)* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Wnioskowane dofinansowanie za usługę rozwojową** |  |
| **Wkład własny w usługę rozwojową** *(Planowany łączny koszt usługi minus wnioskowane dofinansowanie)* |  |

**X. Wnioskowana wartość usług rozwojowych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna wnioskowana kwota dofinansowania na usługi rozwojowe** |  |
| **Łączny wkład własny w usługi rozwojowe** |  |

**XI. Oświadczenia:**

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

1. dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,
2. *nie byłam(-em)* karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
3. *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),
4. *zostałem(-am) poinformowany(-a),* że Projekt „GENERATOR KOMPETENCJI – Podniesienie kompetencji i kwalifikacji pracowników przedsiębiorstw MŚP na terenie subregionu rzeszowskiego poprzez dofinansowanie usług rozwojowych, dostępnych w BUR” jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,
5. *zapoznałem/-am* się z Regulaminem WSPARCIA W RAMACH Podmiotowego Systemu Finansowania na terenie subregionu rzeszowskiego i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia,
6. *Korzystam / nie korzystam\** równolegle z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków związanych z usługą rozwojową,
7. *korzystałam(-em)* / *nie korzystałam(-em)\**z usług rozwojowych dofinansowanych z EFS/środków publicznych. Jeżeli TAK, to do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć dokumenty dotyczące otrzymanego wsparcia,
8. *korzystałam(-em)* / *nie korzystałam(-em)\**ze wsparcia w postaci analiz potrzeb rozwojowych lub planów w ramach działania 2.2. PO WER,

Jeżeli TAK, to do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć dokumenty dotyczące otrzymanego wsparcia.

1. podmiot *jest / nie jest\** objęty postępowaniem upadłościowym.,
2. wybrana usługa rozwojowa *kończy się / nie kończy się\** nabyciem lub potwierdzeniem kwalifikacji zarejestrowanych w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji,
3. pracownicy zgłoszeni do udziału w usługach rozwojowych stanowią personel w rozumieniu art. 5 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014,
4. dofinansowanie nie zostanie przeznaczone na:
* opracowanie analizy potrzeb rozwojowych lub planu rozwoju przedsiębiorcy lub grupy przedsiębiorców – w przypadku przedsiębiorców, którzy otrzymali tego typu wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER;
* usługi rozwojowe dotyczące funkcjonowania na rynku zamówień publicznych lub wdrażania strategii wejścia na zagraniczne rynki zamówień publicznych - w przypadku przedsiębiorców, którzy otrzymali tego typu wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER;
* usługi rozwojowe dotyczące zasady realizacji przedsięwzięć w formule PPP oraz przygotowania oferty do przedsięwzięcia realizowanego w formule PPP lub procesu negocjacji - w przypadku przedsiębiorców, którzy otrzymali tego typu wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER;
* usługi rozwojowe świadczone przez podmiot, z którym przedsiębiorca jest powiązany kapitałowo lub osobowo, przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się w szczególności:
1. udział w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadanie co najmniej 20% udziałów lub akcji spółki,
3. pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika,
4. pozostawanie w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności w wyborze podmiotu świadczącego usługę rozwojową, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
* koszty usługi rozwojowej obejmującej koszty niezwiązane bezpośrednio z usługą rozwojową, w szczególności koszty środków trwałych przekazywanych przedsiębiorcom lub ich pracownikom, koszty dojazdu i zakwaterowania, z wyłączeniem kosztów związanych z pokryciem specyficznych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, które mogą zostać sfinansowane w ramach Projektu PSF w ramach mechanizmów racjonalnych usprawnień;
* usługę rozwojową objętą umową, która została już dofinansowana/sfinansowana ze środków publicznych;
* usługę rozwojową, której obowiązek przeprowadzenia na zajmowanym stanowisku pracy wynika z odmiennych przepisów prawa (np. wstępne i okresowe szkolenia z zakresu BHP, szkolenia okresowe potwierdzające kwalifikacje na zajmowanym stanowisku pracy).

*\*Niepotrzebne skreślić*

**XII. Załączniki do Formularza zgłoszeniowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik nr 1** | [ ]  **Dane Uczestnika Projektu, ……..szt.** |
| **Załącznik nr 2** | [ ]  **Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP** |
| **Załącznik nr 3** | [ ]  **Oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe lub oświadczenie o niekorzystaniu z pomocy de minimis w tym okresie** |
| **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 de minimis *(****jeśli dotyczy****)*** |
| **Załącznik nr 6** | [ ]  **Oświadczenie Uczestnika Projektu** (*tylko dla przedsiębiorców będących osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą*) |
| **Załącznik nr 7** | [ ]  **Karta usługi opublikowana w Bazie Usług Rozwojowych** |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. Dotyczy także działalności osoby samozatrudnionej [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z wpisem we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej [↑](#footnote-ref-2)