**Wniosek o udzielenie pomocy de minimis**

**na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Nowa ścieżka sukcesu”**

**Dane Podmiotu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Podmiotu:** |  |
| **Adres siedziby:**  ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy |  |
| **Osoba upoważniona do podpisania umowy:** |  |
| **Osoba do kontaktu:**  Imię, nazwisko, telefon, e-mail, stanowisko służbowe |  |
| **Numer NIP:** |  |
| **Numer REGON:** |  |
| **Numer KRS:** |  |
| **Numer PKD:** |  |
| **Forma prawna:** |  |
| **Rodzaj prowadzonej działalności:** |  |
| **Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:** |  |
| **Nazwa banku oraz numer konta, na które będzie dokonywana refundacja:** |  |

**Wielkość przedsiębiorstwa –** definicja MŚP zgodnie z Rozporządzeniem 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:

mikroprzedsiębiorstwo

małe przedsiębiorstwo

średnie przedsiębiorstwo

duże przedsiębiorstwo

**Stan zatrudnienia u Podmiotu w okresie ostatnich 12 miesięcy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Ogólna liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\* | Stanowisko, na którym nastąpił spadek zatrudnienia ze wskazaniem przyczyny |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| **Średni poziom zatrudnienia\*\*** | |  | |
| **Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku** | |  | |

**\*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.

**\*\*Średni poziom** **zatrudnienia** oblicza się poprzez podzielenie sumy ogólnej liczby pracowników w poszczególnych miesiącach przez liczbę 12.

**Rodzaj stanowisk pracy oraz ilość osób potrzebnych do zatrudnienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Rodzaj i miejsce wykonywanych zadań, pożądane kwalifikacje zawodowe | Ilość osób | Maksymalny deklarowany okres subsydiowanego zatrudnienia\*\*  (w miesiącach) |
| 1. 1. |  |  |  |  |
| 1. 2. |  |  |  |  |

\*\* 6 miesięcy, 12 miesięcy, 24 miesiące, adekwatnie do kategorii pracownika, który znajduje się w: szczególnie niekorzystnej sytuacji, w bardzo niekorzystnej sytuacji, pracownika z niepełnosprawnościami lub innej kategorii pracowników (*definicja w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Nowa ścieżka sukcesu”*).

**Koszty wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia Uczestnika/Uczestniczki projektu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Planowana kwota miesięcznego wynagrodzenia netto pracownika | Planowana kwota miesięcznego wynagrodzenia brutto pracownika | Kwota pozostałych kosztów  (miesięczna składka ZUS w części ponoszonej przez pracodawcę) | Całkowita wysokość miesięcznych kosztów wynagrodzenia |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wnioskowana miesięczna kwota refundacji dla 1 Uczestnika/Uczestniczki projektu | zł[[1]](#footnote-1) |

............................................................

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Podmiotu

**Załączniki:**

1. Dokument poświadczający formę prawną firmy (CEIDG/KRS/umowa spółki cywilnej - w przypadku przedsiębiorców działających w formie spółki cywilnej);
2. Wypełnione i podpisane oświadczenia – stanowiące załącznik nr 1 do wniosku;
3. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - stanowiące załącznik nr 2 do wniosku;
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. (poz. 1543).

*Załącznik nr 1* do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Nowa ścieżka sukcesu”

**Oświadczenia Podmiotu**

Ja, niżej podpisany/a …………………………………………….…………………

(imię i nazwisko)

reprezentujący/a *…………………………………………………………………..*

(pełna nazwa Podmiotu)

……………………………………………………………………….

(adres podmiotu)

**Oświadczam, że:**

1. **spełniam** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023).

............................................................

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Podmiotu

1. **nie zalegam** z wypłatą wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz opłacaniem innych danin publicznych.

............................................................

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Podmiotu

1. **nie otrzymałem/łam** pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.

............................................................

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Podmiotu

1. **nie byłam/łam** 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. z 2017 r. poz. 2077, dalej „ufp”) i jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Beneficjenta o zakazach dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ufp orzeczonych w stosunku do mnie w okresie realizacji umowy;

............................................................

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Podmiotu

*Załącznik nr 2* do wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Nowa ścieżka sukcesu”

………………………………………..…..

nazwa i adres Wnioskodawcy

**Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie obejmującym 3 minione lata **otrzymałem(am)/ \*** środków stanowiących pomoc de minimis. **nie otrzymałem(am)**

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| w PLN | w euro |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  |  |

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

\* niepotrzebne skreślić

…………………………………..…………………

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Podmiotu

**Karta oceny   
Wypełnia Personel projektu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spełnienie kryteriów formalnych** | | |
| Wniosek jest poprawny pod względem formalnym | TAK | NIE |
| Podmiot spełnia warunki udzielenia pomocy de minimis | TAK | NIE |
| Wniosek o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienie zostaje rozpatrzony pozytywnie | TAK | NIE |
| **Data i podpis osoby oceniającej** |  | |

1. Kwota nie wyższa niż 3 400,00 zł [↑](#footnote-ref-1)