*Załącznik nr 3 do Regulaminu odbywania subsydiowanego zatrudnienia w projekcie „Twój cel – Twoja praca!”*

**Wniosek o udzielenie pomocy de minimis**

**na subsydiowanie zatrudnienia w ramach projektu „Twój cel – Twoja praca!”**

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 EFS na lata 2014 –2020.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa |  |
| 1. Adres siedziby przedsiębiorstwa:   *ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy* |  |
| 1. Telefon, e-mail: |  |
| 1. NIP |  |
| 1. REGON |  |
| 1. Numer PKD: |  |
| 1. Forma prawna: |  |
| 1. Rodzaj prowadzonej działalności: |  |
| 1. Forma opodatkowania: |  |
| 1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej: |  |
| 1. Nazwa banku |  |
| 1. Numer konta |  |
| 1. Osoba upoważniona do kontaktów z Wnioskodawcą, telefon, e-mail, stanowisko służbowe |  |

1. **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[[1]](#footnote-1):

🞎 mikroprzedsiębiorstwo

🞎 małe przedsiębiorstwo

🞎 średnie przedsiębiorstwo

🞎 duże przedsiębiorstwo

1. **Stan zatrudnienia w ostatnich 12 miesiącach u przedsiębiorcy będącego podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą**:

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** | **Rodzaj i miejsce wykonywanych zadań + pożądane kwalifikacje zawodowe** | **Ilość osób** | **Deklarowany okres zatrudnienia**  **(w miesiącach) \*\*** | **Godziny pracy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **n** |  |  |  |  |  |

1. **Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych**

**Uczestników projektu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko** [kol.1] | **Liczba uczestników proponowanych do zatrudnienia**  [kol.2] | **Kwota miesięczna wynagrodzenia brutto**  [kol.3] | **Kwota miesięczna opłacanych składek od wynagrodzenia brutto (bez składek na FP i FGŚP)**  [kol.4] | **Deklarowany wkład własny (w średnim ujęciu miesięcznym)**  [kol.5] | **Wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia w okresie miesięcznym**  [kol. 6 = 3 + 4 - 5] | **Całkowita wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia**  [kol.6 x ilość miesięcy] |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **n** |  |  |  |  |  |  |  |

Wysokości składki wypadkowej …………%

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:**

1. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis /Dz. UE L 352/1 z 24.12.2013/.
2. **Zalegam/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.
3. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikowane, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.
4. **Zobowiązuję się do zatrudnienia Uczestnika/Uczestników projektu, przez co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu udzielania wsparcia w ramach projektu.**

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

data pieczęć 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. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
4. Oświadczenie Pracodawcy

1. - mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.

   - małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

   - średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR. [↑](#footnote-ref-1)