

**Formularz zgłoszeniowy uczestnika instytucjonalnego do udziału w projekcie**

**pn. *„Podmiotowy System Finansowania usług rozwojowych w województwie podlaskim”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr formularza zgłoszeniowego: ………… | |  |
|  | ***Formularz zgłoszeniowy:***   * ***Zwykły*** * ***Korygujący*** | | |

Data i godzina wpływu: **DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siedziba przedsiębiorstwa\*** *\* Siedziba rozumiana jako jednostka organizacyjna znajdująca się na obszarze województwa podlaskiego* | | Pełna nazwa przedsiębiorstwa | | | |  | | | |
| Kraj | | | | Polska | | | |
| Miejscowość | | | |  | | | |
| Kod pocztowy | | | |  | | | |
| Ulica | | | |  | | | |
| Nr budynku | | | |  | | | |
| Nr lokalu | | | |  | | | |
| Województwo | | | | PODLASKIE | | | |
| Powiat | | | |  | | | |
| Gmina | | | |  | | | |
| Telefon kontaktowy | | | |  | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | |
| **NIP** | | | | | |  | | | |
| **Typ instytucji - Przedsiębiorstwo\*** | | | | | | | | |  |
| \* należy właściwe zaznaczyć | | | | |        mikroprzedsiębiorstwo, w tym  samozatrudniony | | | | |
|        małe przedsiębiorstwo | | | | |
|        średnie przedsiębiorstwo | | | | |
| **Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD** | | | | |  | | | | |
| **PESEL** *(dotyczy osób fizycznych prowadzących własną  działalność gospodarczą,  niezatrudniających żadnego pracownika)* | | | | |  | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | Osoba uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* | | imię i nazwisko:  zajmowane stanowisko: | | |
| Telefon | |  | | |
| Adres e-mail | |  | | |
| Osoba upoważniona do kontaktów | |  | | |
| Telefon | |  | | |
| Adres e-mail | |  | | |
| **Nr rachunku bankowego, na który mają zostać przekazane środki refundujące poniesione wydatki** | | | | |  | | | | |
| **Liczba pracowników deklarujących swój udział w usłudze/gach rozwojowej/ ych** | **Liczba osób** | | **Preferencje/**  **80% dofinansowania**  **lub  50% dofinansowania** | | **Rodzaj/ temat/ tematyka usługi rozwojowej wraz z przybliżonym terminem rozpoczęcia i zakończenia usługi rozwojowej** | | | **Deklarowane kwoty wsparcia:**   1. **Całkowita wartość usługi rozwojowej** 2. **Kwota refundacji,  o którą ubiega się Przedsiębiorstwo,**   *odpowiedni % usługi szkoleniowej wynikający z określonych przez przedsiębiorcę preferencji (koszt jednostkowy\*liczba osób, które wezmą udział w usłudze rozwojowej)* | |
|  | | pracownik o niskich kwalifikacjach | **80%\*** |  | | |  | |
|  | | pracownik w wieku 50 lat lub więcej |  | | |  | |
|  | | pracownik z niepełnosprawnościami |  | | |  | |
|  | | przedsiębiorstwo wysokiego wzrostu |  | | |  | |
|  | | usługi rozwojowe mające na celu zdobycie lub potwierdzenie kwalifikacji, o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (są odpowiednio oznaczone w Bazie Usług Rozwojowych) |  | | |  | |
|  | | przedsiębiorstwo, które uzyskało wsparcie w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER |  | | |  | |
|  |  | | przedsiębiorca, który funkcjonuje w sektorach wpisujących się w inteligentne specjalizacje, określone w dokumencie *Planu rozwoju przedsiębiorczości w oparciu o inteligentne specjalizacje województwa podlaskiego na lata 2015–2020+* | **80%\*** | *PKD wraz z uzasadnieniem:* | | |  | |
|  | | |
|  |  | | pozostałe, zgodnie z regulaminem | **50%\*** |  | | |  | |
| **Deklarowany okres realizacji usług/i, zgodnie w terminem udziału w usłudze rozwojowej (termin zakończenia ostatniej usługi rozwojowej) – maksymalnie do 30 września 2017 r.** | | | | |  | | | | |

\*W przypadku, gdy przedsiębiorca ubiega się o pomoc publiczną na szkolenie lub pomoc publiczną na doradztwo, wartość dofinansowania liczona jest zgodnie z intensywnością pomocy określoną w art. 18 ust. 2 oraz art. 31 ust. 4 rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 w odniesieniu do kosztów usługi rozwojowej objętych dofinansowaniem.

…………………………………… …………………………………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji  
wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

………………………………………………

(pieczęć Przedsiębiorstwa)

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU:**

* **zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu naboru projektu pn*. Podmiotowy System Finansowania usług rozwojowych w województwie podlaskim*;**
* **wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;**
* **nie byłem/am karany/a za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;**

…………………………………… …………………………………………………………

(data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

* **przedsiębiorstwo, które reprezentuję *jest/ nie jest* przedsiębiorstwem wysokiego wzrostu, tzn. charakteryzuje się najwyższym potencjałem do generowania nowych miejsc pracy w regionie w porównaniu do innych przedsiębiorstw, w tym w szczególności wykazuje w trzyletnim okresie średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej** (należy właściwe zaznaczyć)**;**

…………………………………… …………………………………………………………

(data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

* **w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie otrzymało pomocy de minimis** (należy podpisać jeśli dotyczy)

…………………………………… …………………………………………………………

(data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

* ***otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am*) środków stanowiących pomoc de minimis**\*(należy właściwe zaznaczyć)***;***

\*W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić tabelę lub dostarczyć Zaświadczenie/a o pomocy de minimis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Organizator/ projektodawca/  organ udzielający pomocy | Data udzielenia pomocy | Wartość pomocy w euro | Rodzaj działania  (programu pomocowego) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………………… …………………………………………………………

(data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

* **przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie jest zobowiązane do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy, ze względu na przyznanie pomocy niezgodnie z zasadami wspólnego rynku lub wykorzystanie pomocy niezgodnie z przeznaczeniem.**

…………………………………… …………………………………………………………

(data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

* dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym będą weryfikowane przez Operatora (Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku);
* przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/ zaświadczenia/ dokumentu na etapie zakwalifikowania przedsiębiorstwa do uczestnictwa w Projekcie lub podanie danych w Formularzu zgłoszeniowym niezgodnych ze stanem faktycznym skutkować będzie wykluczeniem z Projektu;
* koszty niezwiązane bezpośrednio z usługą rozwojową, ale wynikające ze specyficznych potrzeb osób z niepełnosprawnościami są refundowane w ramach Projektu, ale muszą być wykazane w Karcie Usługi, zamieszczonej w Bazie Usług Rozwojowych;
* Poziom dofinansowania pojedynczej usługi rozwojowej dla jednego uczestnika projektu nie przekracza kwoty **5 000 zł**, bez względu na poziom dofinansowania kosztów usługi rozwojowej;
* W niniejszej procedurze naboru wyznacza się limit **10 000 zł wsparcia na osobę** (limit obejmuje również osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą i niezatrudniające pracowników, sprawdzenie na podstawie nr pesel) i pozostaje stały bez względu na miejsce zatrudnienia oraz **50 000 zł na przedsiębiorstwo** (za wyjątkiem osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą i niezatrudniających pracowników), bez względu na liczbę usług rozwojowych oraz poziom dofinansowania kosztów usługi rozwojowej.

…………………………………… …………………………………………………………

(data) (czytelny podpis osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy)

**ZAŁĄCZNIKI WEDŁUG WZORU Z REGULAMINU NABORU NR PSFWP 1/2016.**

**(Należy zaznaczyć właściwy załącznik jeżeli jest dołączony do Formularza zgłoszeniowego)**

Oświadczenie uczestnika projektu - dotyczy wyłącznie osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą

[Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013](http://uokik.gov.pl/download.php?id=1235)  - dotyczy wyłącznie Przedsiębiorstwa ubiegającego się o pomoc de minimis

[Zaświadczenie/ zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis](http://uokik.gov.pl/download.php?id=1237) - dotyczy wyłącznie Przedsiębiorstwa ubiegającego się o pomoc de minimis

[Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie](https://uokik.gov.pl/download.php?id=1401) – rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 - dotyczy wyłącznie Przedsiębiorstwa ubiegającego się o pomoc publiczną na szkolenie lub pomoc publiczną na doradztwo

* Potwierdzenie uzyskania wsparcia w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania  
  2.2 PO WER
* Pełnomocnictwo do reprezentowania Przedsiębiorcy w zakresie niezbędnym do podpisania Formularza zgłoszeniowego