**Formularz zgłoszeniowy uczestnika instytucjonalnego (przedsiębiorstwa) do udziału w projekcie**

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

Instrukcja wypełniania:

1. Właściwą odpowiedź należy zakreślić np. ⮽
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami
3. Należy wypełnić wszystkie wymagane pola
4. Pod oświadczeniami należy złożyć czytelny podpis

**UWAGA!!! Należy zaznaczyć jedno pole wyboru**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PRZEDSIĘBIORCA UBIEGA SIĘ O DOFINANSOWANIE USŁUG ROZWOJOWYCH:** | **PO RAZ PIERWSZY** | **PO RAZ KOLEJNY** |
| **SUBREGION BIAŁOSTOCKI** (m. Białystok; powiaty: białostocki, sokólski) |  |  |
| **SUBREGION ŁOMŻYŃSKI** (m. Łomża, powiaty: łomżyński, kolneński, zambrowski, wysoko - mazowiecki, siemiatycki, bielski, hajnowski) |  |  |
| **SUBREGION SUWALSKI** (m. Suwałki, powiaty: suwalski, sejneński, augustowski, grajewski, moniecki) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez Operatora PSF** | |
| Nr formularza zgłoszeniowego uczestnika instytucjonalnego: | **FZ/…………..../PSFWP1/2020** |
| Formularz zgłoszeniowy: □ Zwykły □ Korygujący | |

**DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siedziba przedsiębiorstwa\*    *\* Siedziba***  ***rozumiana jako***  ***filia, delegatura, oddział czy inna prawnie dozwolona forma organizacyjna działalności podmiotu na terenie 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, zgodnie z definicją art. 2 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 | | | | | □ mikroprzedsiębiorstwo, w tym  □samozatrudniony | | | | | |
| □ małe przedsiębiorstwo | | | | | |
| □ średnie przedsiębiorstwo | | | | | |
| **Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD** | | | | |  | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | **Osoba uprawniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy, z którą będzie podpisywana umowa wsparcia *(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**         | | | | | | | | | | |
| **Nr ID przedsiębiorcy (zgodnie z Bazą Usług Rozwojowych):** | | | | | | | | | | |
| **Określenie usług rozwojowych odpowiadających w największym stopniu na aktualne potrzeby przedsiębiorcy**  **UWAGA**  **Wyłączenia z dofinansowania w ramach naboru nr PSFWP 1/2020 zostały określone w § 2 ust. 3 Regulaminu** | | | | | | | | | | |
| **Liczba pracowników\* skierowanych przez przedsiębiorcę do udziału w usłudze rozwojowej**  **\***zgodnie z definicją art. 5 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 | **Poziom dofinansowania usługi rozwojowej / Preferencje \***  \*Wskazane poziomy dofinansowania dotyczą sytuacji, gdy przedsiębiorca ubiega się o pomoc de minimis. Gdy przedsiębiorca ubiega się o pomoc publiczną na szkolenie, wartość dofinansowania liczona jest zgodnie z intensywnością pomocy określoną w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 w odniesieniu do kosztów usługi rozwojowej objętych dofinansowaniem. | | | | | **Temat/ tematyka usługi rozwojowej wraz z przybliżonym terminem (miesiąc) rozpoczęcia i zakończenia usługi rozwojowej\*** | | | **Deklarowane kwoty wsparcia:**   1. **Całkowita wartość usługi rozwojowej\*** 2. **Kwota refundacji,  o którą ubiega się Przedsiębiorstwo\*\***   **\*** liczba uczestników x koszt przypadający na 1 uczestnika  \*\* odpowiedni % całkowitej wartości usługi rozwojowej wynikający z preferencji  **Uwaga!** należy wziąć pod uwagę ceny podobnych usług na rynku | |
| …… uczestników usługi | **pracownik o niskich kwalifikacjach**\*  osoba posiadająca wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie (wykształcenie podstawowe, gimnazjalne i ponadgimnazjalne) | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników  usługi | **pracownik w wieku 50 lat lub więcej**\*  wiek określa się na podstawie daty urodzenia i ustalany jest w dniu rozpoczęcia udziału w usłudze rozwojowej | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników usługi | **pracownik z niepełnosprawnościami**\*  osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników usługi | **przedsiębiorstwo wysokiego wzrostu**\*  przedsiębiorstwo wykazujące w okresie ostatnich trzech lat średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników usługi | **usługi rozwojowe mające na celu zdobycie lub potwierdzenie kwalifikacji**, o których mowa w art. 2 pkt 8 ustawy z 22.12.2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, **należy podać kod kwalifikacji** | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników usługi | **przedsiębiorstwo**, które **uzyskało wsparcie** **w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER** | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników usługi | **przedsiębiorca, który funkcjonuje w sektorach wpisujących się w inteligentne specjalizacje**, określone w dokumencie *Plan rozwoju przedsiębiorczości w oparciu o inteligentne specjalizacje województwa podlaskiego na lata 2015–2020+* | | | **80%** | | **Dodatkowo należy podać PKD wraz z uzasadnieniem:** | | |  | |
| …… uczestników usługi | **przedsiębiorstwo prowadzące działalność gospodarczą na terenie** **miast średnich**[[1]](#footnote-1) oraz **miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze**[[2]](#footnote-2):   * Augustów * Bielsk Podlaski * Grajewo * Hajnówka * Łomża * Sokółka * Suwałki * Zambrów   Zaznaczyć właściwe. | | | **80%** | |  | | |  | |
| …… uczestników usługi | **pozostałe**, zgodnie z Regulaminem naboru | | | **50%** | |  | | |  | |
| **Deklarowane kwoty wsparcia razem (netto-bez VAT):**   1. **całkowita wartość usługi rozwojowej** 2. **kwota refundacji** | | | | | | | | | 1.  2. | |
| **Liczba pracowników skierowanych do udziału w usłudze rozwojowej razem\*:**  **\***jeżeli osoba bierze udział w kilku usługach należy ją liczyć tylko raz w niniejszym podsumowaniu  **Pracownik – zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie naboru Nr PSFWP 1/2020 oraz z wyłączeniem § 2 ust. 3 pkt 2 Regulaminu** | | | | | | | | |  | |
| **Deklarowany okres realizacji usług:**  Realizacja usługi rozwojowej powinna rozpocząć się najwcześniej w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy wsparcia oraz **ZAKOŃCZYĆ NIE PÓŹNIEJ NIŻ 31 PAŹDZIERNIKA 2020 R**. W uzasadnionych przypadkach (np. długi cykl szkoleniowy) i za uzyskaniem zgody Operatora PSF, możliwe jest wydłużenie wskazanego terminu.  **Zaleca się, aby realizacja usługi rozwojowej rozpoczęła się nie później niż miesiąc od podpisania Umowy wsparcia.** | | | | | | | | |  | |

**Uwaga! Podane informacje, mogą zostać zweryfikowane przez Operatora PSF, przede wszystkim na podstawie oświadczenia przedsiębiorcy.** **Podanie nieprawdziwych danych, w szczególności dotyczących odbiorców wsparcia, może skutkować obniżeniem poziomu dofinansowania i/lub koniecznością zwrotu całości lub części przyznanego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych.**

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU (w pkt 5, 6 i 7 należy niewłaściwe skreślić):**

1. zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu naboru projektu pn*. Podmiotowy System Finansowania usług rozwojowych w województwie podlaskim*, który realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa II Przedsiębiorczość   
   i aktywność zawodowa, Działanie 2.4 Adaptacja pracowników, przedsiębiorstw i przedsiębiorców do zmian, dla którego Instytucją Zarządzającą jest Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego;
2. wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
3. nie byłem/am karany/a za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
4. 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;
5. przedsiębiorstwo, które reprezentuję jest/ nie jest\* przedsiębiorstwo o największym potencjale do generowania nowych miejsc pracy w regionie w porównaniu do innych przedsiębiorstw, tj. wykazujące w okresie ostatnich trzech lat średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej.;

Jeżeli przedsiębiorca zaznaczy odpowiedź twierdzącą należy wypełnić poniższą tabelę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok: | 2015[[3]](#footnote-3) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Wartość przychodów: |  |  |  |  |  |

1. przedsiębiorstwo, które reprezentuję uzyskało/ nie uzyskało\* wsparcia w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć kserokopię dokumentu poświadczającego spełnienie przedmiotowego warunku.
2. w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych przedsiębiorstwo, które reprezentuję otrzymało/ nie otrzymało\* pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie

W przypadku otrzymania pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie należy wypełnić tabelę lub dostarczyć Zaświadczenie/a o pomocy de minimis.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Organ udzielający pomocy | Data udzielenia pomocy | Wartość brutto pomocy w zł oraz w euro | Podstawa udzielenia pomocy  (np. ustawa, rozporządzenie, uchwała i/lub umowa, decyzja) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. 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;
2. w dniu zawarcia Umowy wsparcia oraz w trakcie jej trwania Przedsiębiorca nie może mieć zawieszonej lub zamkniętej działalności gospodarczej;
3. uczestnik projektu (pracownik) w trakcie trwania usługi rozwojowej, w której uczestniczy powinien być zatrudniony i świadczyć pracę u przedsiębiorcy wysyłającego go na usługę rozwojową;
4. pomoc publiczna oraz pomoc de minimis w Projekcie są udzielane zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach krajowych i unijnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013, w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 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. z 2015 poz. 1073);
5. koszty niezwiązane bezpośrednio z usługą rozwojową, ale wynikające ze specyficznych potrzeb osób z niepełnosprawnościami mogą być refundowane w ramach Projektu, ale wymagają uprzedniego zgłoszenia;
6. **poziom dofinansowania pojedynczej usługi rozwojowej dla jednego uczestnika** projektu nie przekracza kwoty **5 000 zł**, bez względu na poziom dofinansowania kosztów usługi rozwojowej;
7. w niniejszej procedurze naboru wyznacza się **limit 10 000 zł wsparcia na osobę oraz 50 000 zł na przedsiębiorstwo**;
8. z możliwości dofinansowania **wyłączone zostały usługi doradcze**.

**ZAŁĄCZNIKI** WEDŁUG WZORU Z REGULAMINU NABORU NR PSFWP 1/2020**.**

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

* Oświadczenie uczestnika projektu (Załącznik 2b do Regulaminu) - dotyczy osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą jak też wspólników spółki cywilnej
* [Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013](http://uokik.gov.pl/download.php?id=1235) (Załącznik nr 4 do Regulaminu) – 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 (Załącznik nr 6 do Regulaminu) – dotyczy wyłącznie Przedsiębiorstwa ubiegającego się o pomoc publiczną na szkolenie
* Pełnomocnictwo lub upoważnienie do reprezentowania Przedsiębiorcy w zakresie niezbędnym do podpisania Formularza zgłoszeniowego
* Pełnomocnictwo lub upoważnienie do reprezentowania Przedsiębiorcy w zakresie niezbędnym do podpisania Umowy wsparcia
* Umowa Spółki Cywilnej – dotyczy Spółki Cywilnej
* Zaświadczenie o wpisie do rejestru lub wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego – KRS albo ewidencji właściwych dla formy organizacyjnej Przedsiębiorcy (wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – CEIDG) wraz z danymi osób upoważnionych do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy.

…………………………………… …………………………………………………………

(miejscowość i data wypełnienia) (czytelny podpis lub podpis wraz z imienną pieczęcią osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących  
w imieniu Przedsiębiorcy)

……….………………………………………………

(pieczęć Przedsiębiorstwa)

1. Przez miasta średnie należy rozumieć miasta powyżej 20 tys. mieszkańców, z wyłączeniem miast wojewódzkich lub mniejsze, z liczbą ludności 15-20 tys. mieszkańców będące stolicami powiatów; Lista miast średnich wskazana jest w załączeniu nr 1 dokumentu „Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze” opracowanego na potrzeby Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju. [↑](#footnote-ref-1)
2. Przez miasto średnie tracące funkcje społeczno-gospodarcze należy rozumieć miasto zidentyfikowane jako jedno z miast średnich w największym stopniu tracące funkcje społeczno-gospodarcze. Lista miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze wskazana jest w załączniku nr 2 do dokumentu „Delimitacji miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze” opracowanego na potrzeby Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju. [↑](#footnote-ref-2)
3. w przypadku spółki prawa handlowego, która nie ma zamkniętego roku obrotowego należy wypełnić tabelę na lata: 2015, 2016, 2017, 2018 [↑](#footnote-ref-3)