**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 SUBREGION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**  |
| Data i godzina wpływu: |  |
| Nr formularza zgłoszeniowego: | **FZ/…….../PSFWP2/2019** |
| 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*(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****W ramach naboru nr PSFWP 2/2019 z dofinansowania zostały wyłączone usługi doradcze** |
| **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/ tematykausługi 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%** |   |   |
|  …… uczestnikówusługi | **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. **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 |  |
| **Deklarowany okres realizacji usług:** Realizacja usługi rozwojowej powinna rozpocząć się najwcześniej w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy wsparcia oraz **zakończyć nie później niż 30 listopada 2019 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, 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:**

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 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 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

W przypadku otrzymania pomocy de minimis 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 5 000 zł wsparcia na osobę oraz 25 000 zł na przedsiębiorstwo**;
8. z możliwości dofinansowania **wyłączone zostały usługi doradcze**.

**ZAŁĄCZNIKI** WEDŁUG WZORU Z REGULAMINU NABORU NR PSFWP 2/2019**.**

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

* Oświadczenie uczestnika projektu (Załącznik 2b do Regulaminu) - 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) (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 albo oświadczenie o wpisie do rejestru (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 (powyższe oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia").

…………………………………… …………………………………………………………

(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)