**Formularz zgłoszeniowy uczestnika instytucjonalnego 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

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez Operatora** | |
| Data i godzina wpływu: |  |
| Nr formularza zgłoszeniowego: |  |
| Formularz zgłoszeniowy: | □ Zwykły  □ Korygujący |

**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, 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** | | | | | | | | | |
| **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 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. | | | | **Rodzaj/ 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 trzyletnim okresie 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 | **pozostałe**, zgodnie z Regulaminem naboru | | **50%** | |  | | |  | |
| **Deklarowane kwoty wsparcia razem: (netto/brutto\*):**  **całkowita wartość usługi rozwojowej oraz kwota refundacji**  niewłaściwe skreślić | | | | | | | |  | |
| **Posiadam / nie posiadam\* prawnej możliwości odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT  w związku z realizacją usług rozwojowych wskazanych w przedmiotowym Formularzu**  \*niewłaściwe skreślić | | | | | | | | | |
| **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 nie wcześniej niż w dniu podpisania Umowy wsparcia oraz **zakończyć nie później niż 31 grudnia 2017** **r**. W uzasadnionych przypadkach (np. długi cykl szkoleniowy) i za uzyskaniem zgody Operatora, możliwe jest wydłużenie wskazanego terminu. Zaleca się, aby realizacja usługi rozwojowej rozpoczęła się nie później niż trzy miesiące 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 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\* 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;
6. przedsiębiorstwo, które reprezentuję uzyskało/ nie uzyskało\* wsparcia w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER;
7. 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 działalności gospodarczej;
3. uczestnik projektu 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**.

**ZAŁĄCZNIKI** WEDŁUG WZORU Z REGULAMINU NABORU NR PSFWP 1/2017**.**

**(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)  - 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

□ 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

□ Zaświadczenie albo oświadczenie o wpisie do rejestru albo ewidencji właściwych dla formy organizacyjnej Przedsiębiorcy 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)