*Załącznik nr 1 do Regulaminu wsparcia w ramach PSF*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do Projektu

**„Finansowanie Usług Rozwojowych dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw”**

Instrukcja wypełniania formularza:

1. Właściwą odpowiedź proszę zakreślić krzyżykiem.
2. Informacje proszę uzupełniać KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI.
3. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów wraz z pieczątkami pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza.
4. W polach formularza, które nie mogą zostać wypełnione ze względu na specyfikę danego zgłoszenia należy wpisać „nie dotyczy”.

**0. Informacje dotycząca przyjęcia Formularza** (wypełnia osoba przyjmująca Formularz)

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu** |  |
| **Miejsce złożenia formularza** |  |
| **Numer Formularza zgłoszeniowego** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej Formularz** |  |

**I. Wielkość przedsiębiorstwa**

Wielkość i rodzaj przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów Załącznika nr 1 do Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. Zgodnie z Oświadczeniem o spełnianiu kryteriów MŚP stanowiącym załącznik nr 1 do Formularza Zgłoszeniowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość przedsiębiorstwa** | mikroprzedsiębiorstwo  ❒  w tym: samozatrudniony  ❒ | małe przedsiębiorstwo  ❒ | średnie przedsiębiorstwo  ❒ |
| **Rodzaj przedsiębiorstwa** | niezależne (samodzielne) ❒  *Załącznik nr 1 do Oświadczenia o spełnianiu kryteriów MMŚP* | partnerskie  ❒  *Załącznik nr 2 do Oświadczenia o spełnianiu kryteriów MMŚP* | związane (powiązane)  ❒  *Załącznik nr 3 do Oświadczenia o spełnianiu kryteriów MMŚP* |

**II. Dane identyfikujące przedsiębiorstwo** [[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** zgodnie z dokumentem rejestrowym |  |
| **NIP** |  |
| **PESEL**[[2]](#footnote-2) |  |
| **REGON** |  |
| **KRS** jeżeli dotyczy |  |
| **Numer kodu PKD przeważającej działalności** |  |
| **Możliwość odzyskania VAT**  TAK/NIE |  |
| **Czy Przedsiębiorstwo korzystało już ze wsparcia u operatorów w województwie podkarpackim?** |  |

**III. Dane adresowe siedziby lub głównego miejsca wykonywania działalności**[[3]](#footnote-3)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kraj** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Numer rachunku bankowego** do refundacji kosztów usług rozwojowych |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Przedsiębiorcy** (osoba, która zgodnie z dokumentem rejestrowym ma możliwość podpisania umowy z operatorem)imię i nazwisko, stanowisko |  |

**IV. Dane adresowe jednostki organizacyjnej na terenie subregionu tarnobrzeskiego**

należy wypełnić, gdy adres siedziby lub głównego miejsca wykonywania działalności znajduje się poza terenem subregionu tarnobrzeskiego

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa jednostki organizacyjnej** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**V. Informacje w zakresie pomocy publicznej**niniejszy Projekt podlega regulacjom dotyczącym pomocy publicznej – należy podać podstawę prawną zastosowanego schematu postępowania w sprawach pomocy publicznej

|  |  |
| --- | --- |
| **Pomoc de minimis**  udzielana zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach krajowych i unijnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) 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. 2015, poz. 1073). | ❒ |
| **Pomoc publiczna**  udzielana zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach krajowych i unijnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014) 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. 2015 poz. 1073). | ❒ |

**VI. Kryteria punktowe dot. przedsiębiorstwa i pracowników objętych wsparciem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedsiębiorstwo wysokiego wzrostu**  przedsiębiorstwo o największym potencjale do generowania nowych miejsc pracy w regionie w porównaniu do innych przedsiębiorstw, w tym w szczególności wykazujące w trzyletnim okresie średnioroczny przyrost przychodów o 20% i więcej | ❒Tak ❒ Nie | Na potwierdzenie spełnienia kryterium należy dołączyć stosowne dokumenty zgodnie z …… Regulaminu | |
| **Przedsiębiorca, który uzyskał wsparcie w postaci analizy potrzeb rozwojowych lub planów rozwoju w ramach działania 2.2 PO WER** | ❒Tak ❒ Nie | Data uzyskania wsparcia ……………… | |
| **Usługi prowadzące do zdobycia lub potwierdzenia kwalifikacji**  art. 2, pkt 8, ustawy z dnia 22.12.2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji | ❒Tak ❒ Nie | Kod kwalifikacji ……………………… | |
|  |  | | |
| **Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek objętych wsparciem w projekcie (proszę wpisać liczbę osób)** |  | |  |
| **Wskazanie grup zgodnie z cechami dla wsparcia preferencyjnego w podziale na kobiety i mężczyzn** | **Liczba przyznanych punktów (1-10)** [[4]](#footnote-4) |
| Skierowani pracownicy  – **pracownicy powyżej 50 roku życia** | ❒Tak ❒ Nie | Liczba osób:  ………… kobiet  ………… mężczyzn |  |
| Skierowani pracownicy  – **pracownicy o niskich kwalifikacjach (do ISCED 3 włącznie)** | ❒Tak ❒ Nie | Liczba osób:  ………… kobiet  ………… mężczyzn |  |

**VII. Wnioskowana wartość usług rozwojowych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna wnioskowana kwota dofinansowania na usługi rozwojowe** |  |
| **Łączny wkład własny w usługi rozwojowe** |  |

**VIII. Informacje o usłudze rozwojowej**każdą usługę proszę rozpisać w osobnym zestawieniu, w razie potrzeby proszę powielić tabelę)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa usługi**  zgodnie z Kartą Usługi |  |
| **Rodzaj usługi** |  |
| **Czy usługa pozwala na zdobycie kwalifikacji lub części kwalifikacji zarejestrowanych w ZRK?** | ❒ Tak ❒ Nie |
| **Dane podmiotu świadczącego usługę rozwojową** |  |
| **Miejsce i termin realizacji usługi** |  |

**IX. Wykaz osób, które zostaną skierowane do udziału w usługach rozwojowych.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika | Rodzaj zatrudnienia (np. właściciel, umowa o pracę, umowa zlecenia, itp.) | Kryteria osobowe | | | | | Koszt usługi rozwojowej dla 1 uczestnika  netto/brutto | Wnioskowana kwota dofinansowania na usługę rozwojową z EFS | Wysokość wkładu własnego | Procent dofinansowania  (wypełnia pracownik Biura Projektu) | Przyznana wysokość dofinansowania  (wypełnia pracownik Biura Projektu) |
| kobieta  (K)  mężczyzna (M) | osoba powyżej 50 roku życia | osoba o niskich kwalifikacjach (PONK) | osoba niepełnosprawna | Nr ID usługi rozwojowej |
| Usługi doradcze w ramach projektu | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | **K –**  **M –** |  |  |  |  | **Razem:** |  |  |  |  |
| Usługi rozwojowe (zewnętrzne usługi doradcze, szkolenia, kursy, studia podyplomowe, coaching, mentoring) | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  | K/M | TAK/NIE | TAK/NIE | TAK/NIE |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | **K –**  **M –** |  |  |  |  | **Razem:** |  |  |  |  |

*W razie potrzeby powielić powyższą tabelę.*

**X. Oświadczenia:**

Świadoma(-y) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

1. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Nie byłam(-em) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Nie byłam(-em) karana(-y) karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2013 r., poz. 885).
4. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że Projekt „Finansowanie Usług Rozwojowych dla mikro, małych i średnich przedsiębiorstw” jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.
5. Zapoznałem/-am się z Regulaminem WSPARCIA W RAMACH Podmiotowego Systemu Finansowania na terenie subregionu tarnobrzeskiego i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.
6. Korzystam / nie korzystam\* równolegle z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków związanych z usługą rozwojową.
7. Korzystałam(-em) /nie korzystałam(-em)\*z usług rozwojowych dofinansowanych z EFS/środków publicznych. Jeżeli TAK, to do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć dokumenty dotyczące otrzymanego wsparcia.
8. Korzystałam(-em) / nie korzystałam(-em)\*ze wsparcia w postaci analiz potrzeb rozwojowych lub planów w ramach działania 2.2. PO WER,

Jeżeli TAK, to do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć dokumenty dotyczące otrzymanego wsparcia.

1. Podmiot jest / nie jest\* objęty postępowaniem upadłościowym.
2. Pracownicy zgłoszeni do udziału w usługach rozwojowych stanowią personel w rozumieniu art. 5 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014.
3. Dofinansowanie **nie zostanie** przeznaczone na:
   * 1. opracowanie analizy potrzeb rozwojowych lub planu rozwoju przedsiębiorcy lub grupy przedsiębiorców – w przypadku przedsiębiorców, którzy otrzymali tego typu wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER;
     2. usługi rozwojowe dotyczące funkcjonowania na rynku zamówień publicznych lub wdrażania strategii wejścia na zagraniczne rynki zamówień publicznych - w przypadku przedsiębiorców, którzy otrzymali tego typu wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER;
     3. usługi rozwojowe dotyczące zasady realizacji przedsięwzięć w formule PPP oraz przygotowania oferty do przedsięwzięcia realizowanego w formule PPP lub procesu negocjacji - w przypadku przedsiębiorców, którzy otrzymali tego typu wsparcie w ramach Działania 2.2 PO WER;
     4. usługi rozwojowe świadczone przez podmiot, z którym przedsiębiorca jest powiązany kapitałowo lub osobowo, przy czym przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się w szczególności:
        + udział w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
        + posiadanie co najmniej 20% udziałów lub akcji spółki,
        + pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika,
        + pozostawanie w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności w wyborze podmiotu świadczącego usługę rozwojową, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
     5. koszty usługi rozwojowej obejmującej koszty niezwiązane bezpośrednio z usługą rozwojową, w szczególności koszty środków trwałych przekazywanych przedsiębiorcom lub ich pracownikom, koszty dojazdu i zakwaterowania, z wyłączeniem kosztów związanych z pokryciem specyficznych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, które mogą zostać sfinansowane w ramach Projektu PSF w ramach mechanizmów racjonalnych usprawnień;
     6. usługę rozwojową objętą umową, która została już dofinansowana/sfinansowana ze środków publicznych;
     7. usługę rozwojową, której obowiązek przeprowadzenia na zajmowanym stanowisku pracy wynika z odmiennych przepisów prawa (np. wstępne i okresowe szkolenia z zakresu BHP, szkolenia okresowe potwierdzające kwalifikacje na zajmowanym stanowisku pracy).

**XI. Załączniki do Formularza zgłoszeniowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 1** | ❒ | Dane Uczestnika Projektu, …….. szt. |
| **Załącznik nr 2** | ❒ | Oświadczenie o spełnianiu kryteriów MŚP |
| **Załącznik nr 3** | **❒** | Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis |
| **Załącznik nr 4A** | ❒ | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis  (jeśli dotyczy) |
| **Załącznik nr 4B** | ❒ | Formularz przy ubieganiu się o pomoc inną niż de minimis  (jeśli dotyczy) |

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data | Pieczęć i podpis/y osoby/osób uprawnionych  do reprezentowania Przedsiębiorstwa |
|  |  |

*Wszelkie podpisy na Formularzu zgłoszeniowym i załącznikach powinny być dokonane kolorem innym niż czarny*

1. Dotyczy także działalności osoby samozatrudnionej [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy osoby samozatrudnionej [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z wpisem we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej [↑](#footnote-ref-3)
4. Punkty przyznawane będą jako procentowy udział osób w całkowitej liczbie oddelegowanych osób do usługi rozwojowej.

   10 **pkt.** -100 % pracowników oddelegowanych do udziału w usługach rozwojowych posiada niskie kwalifikacje (do ISED 3 włącznie).

   **8 pkt.** -100 % pracowników oddelegowanych do udziału w usługach rozwojowych w wieku 50 lat lub więcej (w momencie zgłoszenia do projektu)

   **0 pkt.-** brak osób o niskich kwalifikacjach (do ISED 3 włącznie) oraz 50 + [↑](#footnote-ref-4)