



Piła, dnia .....

.....  
(Pieczęć firmowa  
pracodawcy/ przedsiębiorcy)

**Centrum Edukacji i Zarządzania  
Korporacja "Romaniszyn" Sp. z o.o.**  
z siedzibą w Pile (64-920)  
ul. Różana Droga 1A

**WNIOSEK  
O UDZIELENIE POMOCY DE MINIMIS NA SUBSYDIOWANE ZATRUDNIENIE  
W RAMACH PROJEKTU „SKAZANI NA SUKCES!”**

na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 02.07.2015r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020.

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY**

1. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy:

.....

Reprezentowany przez: .....

2. Adres siedziby: .....

Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej: .....

3. Telefon: ..... Fax.: ..... e-mail: .....

4. NIP ..... REGON ..... PKD .....

5. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej .....

6. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności .....

7. Rodzaj prowadzonej działalności .....

8. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym:

- karta podatkowa
- księga przychodów i rozchodów
- pełna księgowość
- ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

9. Wielkość przedsiębiorstwa\*:

- mikroprzedsiębiorstwo
- małe przedsiębiorstwo
- średnie przedsiębiorstwo
- duże przedsiębiorstwo



- **mikroprzedsiębiorstwo** definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.
- **małe przedsiębiorstwo** definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.
- **średnie przedsiębiorstwo** definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.

10. Stopa % składki na ubezpieczenie wypadkowe .....
11. Osoba do kontaktu ze strony pracodawcy .....
- nr telefonu ..... w godzinach od ..... do .....

## **II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI SUBSYDIOWANEGO ZATRUDNIENIA**

1. Liczba bezrobotnych, nieaktywnych zawodowo Uczestników Projektu proponowanych do zatrudnienia w ramach subsydiowanego zatrudnienia (w przypadku kilku stanowisk pola 2-10 należy powielić odpowiednio do liczby stanowisk):.....
2. Nazwa stanowiska pracy: .....
3. Miejsce wykonywania subsydiowanego zatrudnienia: .....
4. Okres zatrudnienia osoby od ..... do .....
5. Zmianowość: ..... Godziny pracy: .....
6. Kwalifikacje i uprawnienia niezbędne i pożądane w przypadku osoby kierowanej do miejsca subsydiowanego zatrudnienia:  
Wykształcenie: .....  
Umiejętności: .....  
Uprawnienia: .....  
Inne uprawnienia: .....
7. Rodzaj prac, które mają być wykonywane przez skierowaną osobę:  
.....  
.....
8. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanej osoby: .....
9. Wysokość obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne od proponowanego wynagrodzenia:.....
10. Termin wypłaty wynagrodzenia: .....
11. Oświadczenie o wyborze formy pomocy:



**Oświadczam, że zatrudnienie osoby nastąpi w ramach pomocy publicznej w formie subsydiów płacowych na rekrutację pracowników niepełnosprawnych,** określonych w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z 17.06.2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 2014.187.1 z dnia 26.06.2014, ), przy spełnieniu następujących warunków:

1) utworzone miejsce pracy\*:

a) powoduje wzrost netto ogólnej liczby pracowników w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy  
b) nie spowoduje wzrostu netto ogólnej liczby pracowników w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy, lecz powodem zwolnienia etatu lub etatów jest:

- dobrowolne rozwiązanie stosunku pracy lub
- przejście na rentę z tytułu niezdolności do pracy lub niepełnosprawność
- przejście na emeryturę z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego lub
- dobrowolne zmniejszenie wymiaru czasu pracy z inicjatywy pracownika lub
- zgodnie z prawem zwolnienie za naruszenie obowiązków pracowniczych

a nie redukcja etatu;

*\*niewłaściwe skreślić*

2) Uczestnik Projektu jest uprawniony do nieprzerwanego zatrudnienia przez okres co najmniej 6 miesięcy, a Pracodawca może rozwiązać umowę o pracę tylko w przypadku naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.

### **III. DANE DOTYCZĄCE STANU ZATRUDNIENIA**

#### **UWAGA!**

- ✓ w pkt. 1. i 2. należy podać liczbę zatrudnionych pracowników **w przeliczeniu na pełny etat**; Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa
- ✓ do liczby pracowników wskazanych w pkt. 1. i 2. **nie wlicza się** pracowników przebywających na urloпах bezpłatnych, macierzyńskich, wychowawczych, odbywających zasadniczą służbę wojskową, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego (uczniów) lub studentów.
- ✓ Do liczny pracowników wskazanych w pkt 1. I 2. wlicza się pracowników, osoby pracujące w przedsiębiorstwie, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego, właścicieli – kierowników, partnerów prowadzących regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiących z niego korzyści finansowe.

1. Aktualna (na dzień złożenia wniosku) liczba pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy na podstawie umowy o pracę wynosi ....., w tym: pracownicy zatrudnieni na czas nieokreślony



....., na czas określony ....., na miejscach refundowanych z Funduszu Pracy ....., PFRON ....., pracownicy niepełnosprawni .....

- Liczba pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku, a w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez okres krótszy niż 12 m-cy, liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych miesiącach prowadzenia działalności.

	12 m-cy poprzedzających złożenie wniosku (w przeliczeniu na pełne etaty) /należy podać miesiąc i rok/												Ogółem	Średnia
Ogólna liczba pracowników														
Liczba pracowników niepełnosprawnych														

**IV. OŚWIADCZENIE O KOSZTACH KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO OBJĘCIA POMOCA W FORMIE SUBSYDIÓW PŁACOWYCH NA:**

- Wynagrodzenie brutto:

..... x ..... zł x ..... = ..... zł  
(liczba osób) (kwota) (liczba miesięcy) (razem)

- Opłacone od wynagrodzenia obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne:

..... x ..... zł x ..... = ..... zł  
(liczba osób) (kwota) (liczba miesięcy) (razem)

Ogółem (pkt. 1 + 2) : ..... zł

**V. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY/ PRZEDSIĘBIORCY:**

Oświadczam, że:

- Posiadam/nie posiadam\* zaległości podatkowe w Urzędzie Skarbowym;
- Zalegam/nie zalegam\* z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowany Świadczeń Pracowniczych;



3. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **zostałem/nie zostałem\*** ukarany lub **zostałem/nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **jestem/nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
4. **Byłem/nie byłem\*** zobowiązany do sporządzania sprawozdań finansowych za okres 3 ostatnich lat obrotowych, zgodnie z przepisami o rachunkowości;
5. **Jestem/nie jestem\*** w stanie likwidacji lub upadłości;
6. **Jestem/nie jestem\*** przedsiębiorstwem znajdującym się w trudnej sytuacji w rozumieniu art. 1 ust. 18 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z 17.06.2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 2014.187.1 z dnia 26.06.2014, oraz Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa na ratowanie i restrukturyzację przedsiębiorstw niefinansowych znajdujących się w trudnej sytuacji (2014/C 249/01)
7. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o pomoc publiczną;
8. Kwota udzielonej mi pomocy na podstawie Rozporządzenia Komisji UE) nr 651/2014 z 17.06.2014 r uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 2014.187.1 z dnia 26.06.2014,, w jednym roku **przekroczy/nie przekroczy\*** kwoty 5 mln EUR.
9. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki do otrzymania pomocy publicznej, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z 17.06.2014 r uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 2014.187.1 z dnia 26.06.2014,;
10. Skierowane osoby otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym w zakładzie pracy na umowę o pracę.
11. Zobowiązuje się informować Realizatora projektu o wszelkich wypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym w ramach Projektu pracownikiem.
12. Zawarłem z Realizatorem projektu umowę o przetwarzanie danych osobowych, dotyczących zatrudnianych w ramach subsydiowanego zatrudnienia pracowników i zobowiązuję się do przestrzegania obowiązków z niej wynikających.

*\*niewłaściwe skreślić*

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 kk z tytułu przedłożenia nierzetelnego, pisemnego oświadczenia dotyczącego okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wsparcia finansowego oświadczam, że dane i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
Podpis i pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy  
lub osoby upoważnionej do działania w imieniu  
pracodawcy/przedsiębiorcy



Ja niżej podpisany oświadczam, iż nie zostałem/am skazany/a prawomocnym wyrokiem za przestępstwa przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za przestępstwo skarbowe.

Niniejsze oświadczenie składam będąc świadomym odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań.

.....  
Podpis i pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy  
lub osoby upoważnionej do działania w imieniu  
pracodawcy/przedsiębiorcy

#### UWAGA!

1. Wniosek bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany.
2. Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone przez pracodawcę/przedsiębiorcę za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią firmy.
3. Każda strona wniosku musi być zaparafowana przez pracodawcę/przedsiębiorcę lub osobę upoważnioną do działania w imieniu pracodawcy/przedsiębiorcy.

#### **Załączniki:**

1. Aktualny Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego - określającego rodzaj, zakres działalności i organy lub osoby upoważnione do występowania w imieniu wnioskodawcy – wystawiony nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (jeśli dotyczy);
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej na terytorium RP, wygenerowany nie wcześniej niż na 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (jeśli dotyczy);
3. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek cywilnych;
4. Kserokopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON;
5. Kserokopia zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP.
6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de mini mis
7. Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy *de minimis*