*Załącznik nr 1 do Regulaminu subsydiowania zatrudnienia*

**WNIOSEK O SUBSYDIOWANIE ZATRUDNIENIA**

w ramach projektu *Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu Wniosku\*:** |  |
| **Numer rekrutacyjny\*:** |  |

*\* pole wypełnia personel projektu*

*POUCZENIE:*

* *Przed wypełnieniem Wniosku należy zapoznać się z obowiązującym Regulaminem subsydiowania zatrudnienia.*
* *Wniosek należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, a udzielone informacje powinny być jednoznaczne i precyzyjne. W przypadku ręcznego wypełnienia Wniosku należy stosować pismo drukowane.*
* *W przypadku pól niedotyczących Pracodawcy należy wpisać „nie dotyczy”. Co do zasady Wniosek nie może zawierać niewypełnionych pól.*
* *Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone klauzulą „za zgodność z oryginałem” opatrzone podpisem i aktualną datą.*
* *Zabrania się używania korektora, wszelkie pomyłki proszę przekreślić i zaparafować.*
* *Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów Wniosku (w tym logotypów) - dopuszcza się wyłącznie dodawanie stron, rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści.*
* *Złożony Wniosek nie podlega zwrotowi.*
* *Pracodawca jest zobowiązany do informowania o wszystkich zmianach dot. danych podawanych we Wniosku w terminie określonym w Regulaminie subsydiowania zatrudnienia.*
* *Beneficjent jest uprawniony do żądania złożenia przez Pracodawcę dokumentów pozwalających na weryfikację danych zawartych we Wniosku.*

1. **Dane Podmiotu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy: |  | |
| 1. Adres siedziby oraz oddziału   (jeżeli jest inny niż adres  siedziby): | Siedziba: | Oddział: |
|  |  |
| 1. Osoba do kontaktu: |  | |
| 1. Telefon, e-mail: |  | |
| 1. NIP: |  | |
| 1. REGON: |  | |
| 1. Numer PKD (przeważający): |  | |
| 1. KRS: |  | |
| 1. Forma prawna: |  | |
| 1. Nazwa banku: |  | |
| 1. Numer rachunku bankowego: |  | |

1. **Stan zatrudnienia u Pracodawcy będącego podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników  w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy - ogółem [[1]](#footnote-1) | Przyczyny zmniejszenia zatrudnienia (forma rozwiązania umowy o pracę)[[2]](#footnote-2) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Suma zatrudnienia 12 miesięcy (średnia z ostatnich 12 miesięcy): | | |  |
| Stan zatrudnienia **na dzień złożenia Wniosku:** | | |  |
| Wysokość etatu do zatrudnienia w ramach Wniosku: | | |  |
| Stan zatrudnienia po zatrudnieniu w ramach Wniosku: | | |  |
| Wzrost netto: | | |  |

1. **Osoba planowana do zatrudnienia jest:** 
   * + osobą, zwolnioną, pozostającą bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiadającą jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jednocześnie nie jest osobą samozatrudnioną,
     + osobą odchodzącą z rolnictwa, która podlega ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie Ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników   
       z tytułu prowadzenia lub pracy w gospodarstwie rolnym, która zamierza podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego   
       na podstawie Ustawy z dnia 13 października 1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. **Wysokość etatu i okres zatrudnienia osoby planowanej do zatrudnienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość etatu** | **Deklarowany okres**  **subsydiowania zatrudnienia**  **(od … do … - dzień miesiąc rok)[[3]](#footnote-3)** | **Deklarowany okres zatrudnienia**  **bezpośrednio następujący po okresie subsydiowania zatrudnienia**  **(od … do … - dzień miesiąc rok)[[4]](#footnote-4)** | **Planowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto**  **ze składkami[[5]](#footnote-5)** |
|  |  |  |  |

1. **Planowana wnioskowana łączna wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia osoby w ramach wsparcia:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość etatu[[6]](#footnote-6)** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto (proporcjonalnie do wielkości etatu)** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji opłacanych składek[[7]](#footnote-7) (proporcjonalnie do wielkości etatu)** | **Ogółem  koszt Pracodawcy za jeden miesiąc pracy zatrudnionego** | **Liczba miesięcy subsydiowania zatrudnienia** | **Całkowita wysokość refundacji kosztów poniesionych  na wynagrodzenie brutto  i składki[[8]](#footnote-8)  w całym okresie trwania subsydiowanego zatrudnienia** |
| **a** | **b** | **c** | **d=b+c** | **e** | **f=(b+c)\*e=d\*e** |
|  |  |  |  |  |  |

.......................................... ……………………………………..

*(miejscowość i data)* *(czytelny podpis Pracodawcy lub*

*Osoby umocowanej do jego reprezentowania)*

**Załączniki:**

1. Dokument poświadczający formę prawną firmy (CEIDG/KRS/Umowa spółki cywilnej -   
   w przypadku przedsiębiorców działających w formie spółki cywilnej),
2. Aktualne zaświadczenie **o niezaleganiu w opłacaniu składek w ZUS**,
3. Aktualne zaświadczenie **o niezaleganiu** **w podatkach w Urzędzie Skarbowym**,
4. Udokumentowanie wielkości zatrudnienia w okresie ostatnich 12 miesięcy (np. kserokopie deklaracji ZUS DRA),
5. Wypełnione i podpisane oświadczenia – stanowiące **załącznik nr 1 do Wniosku**,
6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis*, stanowiący **załącznik nr 7 do Regulaminu subsydiowania zatrudnienia**,
7. kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy *de minimis* albo Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy *de minimis* - stanowiące **załącznik nr 8 do Regulaminu subsydiowania zatrudnienia.**

Załącznik nr 1 do Wniosku o subsydiowanie zatrudnienia

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej odpisany/a……………………………………………………………………………………….

reprezentujący/a…………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….……………………….…..

/pełna nazwa Pracodawcy i adres/

**Oświadczam, że:**

1. Zatrudnienie osoby niepracującej nastąpi w ramach pomocy *de* minimis, przy spełnieniu warunku, że utworzone miejsce pracy stanowi **wzrost netto liczby pracowników**   
   w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy. W przypadku, gdy utworzone miejsce pracy nie stanowi wzrostu netto liczby pracowników, utworzone miejsce pracy zostało zwolnione w następstwie:
2. dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy,
3. przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy,
4. przejścia na emeryturę z tytułu osiągniecia wieku emerytalnego,
5. dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub
6. rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych.
7. Nie posiadam żadnych zaległości z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych   
   w ZUS.
8. Nie posiadam żadnych zaległości podatkowych w US.
9. Spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis.*
10. Osoba niepracująca w ramach subsydiowanego zatrudnienia będzie zatrudniona na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy oraz otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające   
    z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące obecnie zatrudnionym pracownikom na podobnym lub tym samym stanowisku. Zobowiązuję się do zatrudnienia Pracownika po upływie okresu subsydiowania zatrudnienia zgodnie z deklaracją zatrudnienia, wskazaną we Wniosku na subsydiowanie zatrudnienia oraz zgodnie z zapisami § 3 ust. 6 Regulaminu subsydiowania zatrudnienia   
    w ramach projektu pn. „Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników”.
11. Zakład nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.
12. Nie otrzymałem pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o *pomoc de minimis*.
13. Zobowiązuje się informować Beneficjenta o wszelkich przypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym Pracownikiem.
14. Zapoznałem się z Regulamin subsydiowania zatrudnienia w ramach projektu   
    „Reorientacja zawodowa dla zwalnianych pracowników” wraz z jego załącznikami.

………………………………….. ……………………………………

*(miejscowość i data) (czytelny podpis Pracodawcy lub*

*Osoby umocowanej do jego reprezentowania)*

1. Liczba zatrudnionych obejmuje personel, w którego skład wchodzą: pracownicy, osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego, właściciele-kierownicy, partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe. W stanie zatrudnienia nie uwzględnia się osób korzystających z urlopów wychowawczych, przebywających na urlopie macierzyńskim lub na urlopie bezpłatnym oraz osób zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego. Liczba zatrudnionych osób w przedsiębiorstwie odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), które należy obliczać zgodnie z zapisami artykułu 5 „Liczba personelu” Załącznik I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014. Do RJP trzeba zaliczyć wszystkich pracowników zatrudnionych na umowę o pracę bez względu na wymiar etatu   
   i długość okresu zatrudnienia. W przypadku osób, które nie przepracowały pełnego roku, pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin oraz sezonowych należy przeliczyć, jaką część ułamkową RJP stanowił ich czas zatrudnienia w przedsiębiorstwie. Stan zatrudnienia należy podać za 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, nawet w przypadku firm o krótszym stażu. Gdy zakład pracy nie przepracował pełnego roku średnią zatrudnienia z ostatnich 12 miesięcy oblicza się zatrudnienie w miesiącach pracy zakładu   
   i dzieląc otrzymaną sumę przez 12. [↑](#footnote-ref-1)
2. O pomoc można ubiegać się w przypadku, gdy utworzone miejsce pracy przez Pracodawcę stanowić będzie wzrost netto liczby pracowników w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy, a w przypadku gdy utworzone miejsce pracy nie stanowi wzrostu netto liczby zatrudnionych pracowników, utworzone miejsce pracy zostało zwolnione w następstwie dobrowolnego rozwiązania stosunku pracy, przejścia na rentę z tytułu niezdolności do pracy, przejścia na emeryturę z tytułu osiągnięcia wieku emerytalnego, dobrowolnego zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub rozwiązania stosunku pracy z powodu naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych. [↑](#footnote-ref-2)
3. Deklarowany okres subsydiowania wynagrodzenia nie dłuższy niż 6 miesięcy, zgodny z warunkami określonymi w Regulaminie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Deklarowany okres zatrudnienia musi wynosić co najmniej połowę okresu, za który będzie wypłacona refundacja, zgodny z warunkami określonymi w Regulaminie. [↑](#footnote-ref-4)
5. Obowiązkowe składki leżące po stronie Pracodawcy na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe). [↑](#footnote-ref-5)
6. wielkość nie może przekroczyć 1,00 etatu [↑](#footnote-ref-6)
7. Obowiązkowe składki leżące po stronie Pracodawcy na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe). [↑](#footnote-ref-7)
8. jak wyżej [↑](#footnote-ref-8)