

Wniosek

Wniosek składa się z trzech części. Wypełnij wszystkie wymagane dane i kliknij przycisk Wyślij.
Pola oznaczone czerwoną gwiazdką * są obowiązkowe.

Część 1

Część 2

Część 3

Nabór 1 - testowy - limit 555 osób

1. Informacje o wielkości Przedsiębiorstwa

Kategoria przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów załącznika NR I do Rozporządzenia Komisji (UE) NR 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. Instrukcja pomagająca w określeniu statusu Przedsiębiorcy znajduje się w Załączniku nr 5 do Regulaminu projektu „Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej” nr: POWR.02.21.00-00-R168/21

Kategoria Przedsiębiorstwa: *

- mikroprzedsiębiorstwo zatrudniające pracowników
 mikroprzedsiębiorstwo w tym samozatrudniony
 małe przedsiębiorstwo
 średnie przedsiębiorstwo

Typ Przedsiębiorstwa: *

- związane (powiązane)
 partnerskie
 niezależne (samodzielne)

Dane dotyczące przedsiębiorstwa do określenia jego statusu. Pozostawanie w układzie przedsiębiorstw partnerskich lub powiązanych wpływa na sposób ustalenia poziomu zatrudnienia oraz wielkości obrotów i aktywów, od których uzależniona jest utrata statusu MMŚP - należy zapoznać się z Załącznikiem nr 5 do Regulaminu oraz wpaść do tabeli odpowiednio skumulowane dane przedsiębiorców partnerskich lub powiązanych ze swoim.

	W ostatnim zamkniętym okresie sprawozdawczym	W poprzednim okresie sprawozdawczym	W okresie sprawozdawczym za drugi rok wstecz od ostatniego okresu sprawozdawczego
Wielkość zatrudnienia (w przeliczeniu na pełne etaty RJP): *	<input type="text" value="Wpisz liczbę"/>	<input type="text" value="Wpisz liczbę"/>	<input type="text" value="Wpisz liczbę"/>
Obroty ze sprzedaży netto (w euro na koniec roku obrotowego): *	<input type="text" value="Kwota w EUR"/>	<input type="text" value="Kwota w EUR"/>	<input type="text" value="Kwota w EUR"/>
Suma aktywów bilansu (w euro): *	<input type="text" value="Kwota w EUR"/>	<input type="text" value="Kwota w EUR"/>	<input type="text" value="Kwota w EUR"/>

Zmiana statusu – opis (jeśli dotyczy):

W przypadku, gdy nastąpiła zmiana statusu przedsiębiorstwa należy krótko opisać przesłanki, które spowodowały utratę bądź uzyskanie statusu mikro, małego lub średniego przedsiębiorcy, lub przedsiębiorcy innego niż MŚP.

Proszę o wgranie w formie skanów:

1. dokumentacji potwierdzającej stan zatrudnienia w MŚP (RJP) (również dla przedsiębiorstw powiązanych, jeśli dotyczy) – w postaci oświadczenia dotyczącego metodologii wycięcia RJP za trzy ostatnie zamknięte okresy rozliczeniowe. We wniosku o Umowę Wsparcia podał Państwo wielkość zatrudnienia, zatem prosimy o przesłanie wycięcia podanych danych. Informacja może być podana w postaci tabelarycznej lub pisemnej. Jeżeli firma nie zatrudnia pracowników wystarczy informacja pisemna, iż ich nie zatrudnia. *
2. dokumentacji potwierdzającej roczny obrót ze sprzedaży netto przedsiębiorstwa (oraz przedsiębiorstw powiązanych, jeśli dotyczy) za trzy ostatnie zamknięte okresy rozliczeniowe (w zależności od obowiązków danego MŚP: rachunek zysków i strat, bilans, PIT 36, PIT 36 L, PIT B, PIT 28, PIT 28 S, PIT 16A) plus oświadczenie dotyczące metodologii obliczenia obrotów ze sprzedaży netto w przypadku firm powiązanych. *

Kliknij w to pole lub przesuń w to miejsce pliki.



- Zapoznałem się z instrukcją pomagającą w określeniu statusu MMŚP - stanowiącą załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

Operator może wezwać podmiot składający Wniosek o umowę do wyjaśnień dotyczących przekazanych dokumentów bądź do ich uzupełnienia jeśli Operator będzie miał jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące kwalifikowalności podmiotu bądź nie będzie miał pełnej dokumentacji na potwierdzenie kwalifikowalności. *

- Zobowiązuję się do dostarczenia wymaganych dokumentów/ wyjaśnień w terminie wyznaczonym przez Operatora, przed podpisaniem Umowy wsparcia. *

2. Informacje o formie prawnej Przedsiębiorstwa

Forma prawna: *

- Spółka akcyjna S.A. i Spółka komandytowo - akcyjna (S.K.A.)
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Sp. z o.o.)
 Spółki osobowe: Spółka jawna (Sp. j.), Spółka komandytowa (Sp. k.), Spółka partnerska (Sp.p.)
 Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
 Spółka cywilna (S.c.)
 Inne

Inne

Wniosek

Wniosek składa się z trzech części. Wypełnij wszystkie wymagane dane i kliknij przycisk Wyślij.
Pola oznaczone czerwoną gwiazdką * są obowiązkowe.

Część 1

Część 2

Część 3

3. Kryteria premiujące (jeśli dotyczy):

Prosimy o zaznaczenie kryteriów premiujących, które spełnia przedsiębiorstwo. Każde spełnione kryterium to dodatkowe 10 punktów przyznane do oceny złożonego wniosku. Kryteria będą weryfikowane przy podpisaniu umowy oraz przy dokonywaniu rozliczeń usług.

PKD główne w sektorze:

- przedsiębiorca, który posiada PKD wiodące zgodne z PKD Sektora Q 86, Q 88.1 (+10 pkt)*
 Nie dotyczy

Delegowanie do wsparcia uczestników, którzy nie korzystali z pomocy:

- Przedsiębiorca, który wydeleguje pracowników, którzy nie uczestniczyli, nie uczestniczą oraz nie będą uczestniczyć w usługach rozwojowych (np.: szkolenia, doradztwo, studia podyplomowe) rekomendowanych przez Sektorową Radę ds. kompetencji realizowanych w ramach przedmiotowego konkursu („Kompetencje dla sektorów”) lub w ramach konkursu „Szkolenia lub doradztwo wynikające z rekomendacji sektorowych rad ds. kompetencji” (nr POWR.02.21.00-IP09-00-004/18) – 2 konkursy realizowane w ramach działania 2.21 3 typ 4 PO WER poza projektem „Przepis na Rozwój - kompetencje Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej - Aby spełnić to kryterium wszystkie wydelegowane osoby, na wszystkie usługi z których skorzysta przedsiębiorca w ramach umowy wsparcia muszą spełnić to kryterium! (+10 pkt)*
 Nie dotyczy

Delegowanie do wsparcia pracownika będącego Osobą z niepełnosprawnością:

- przedsiębiorca, który wydeleguje do udziału w projekcie osobę z niepełnosprawnością (+10 pkt)*
 Nie dotyczy

Delegowanie do wsparcia kobiety:

- przedsiębiorca, który wydeleguje do udziału w projekcie kobietę (+10 pkt)*
 Nie dotyczy

Delegowanie do wsparcia pracownika będącego osobą 50+:

- przedsiębiorca, który wydeleguje do udziału w projekcie osobę w wieku powyżej 50 r.ż. (+10 pkt)*
 Nie dotyczy

Brak kryteriów premiujących:

- przedsiębiorca, nie spełnia żadnego z kryteriów premiujących
 Nie dotyczy

4. Wnioskowana kwota

Wnioskowana kwota: *

W projekcie jest możliwość wniesienia wkładu własnego w postaci:

Wkładu niepieniężnego - (brak opłaty) wnoszonego w postaci kosztów wynagrodzeń. Wkład w wynagrodzeniu jest liczony proporcjonalnie w odniesieniu do czasu udziału uczestnika w szkoleniu (z przerwami) oraz kosztu jednej godziny pracy. Wkład własny niepieniężny może oznaczać dla Państwa **brak ponoszenia dodatkowych kosztów finansowych**.

Wkładu pieniężnego, wnoszonego w formie opłaty za usługę, w sytuacji jeżeli Przedsiębiorca nie może pokryć kwoty całego wymaganego wkładu własnego wkładem w postaci wynagrodzeń (tj. dla usług doradztwa, jeśli wynikają z Rekomendacji, dla usług realizowanych poza godzinami pracy, dla usług, gdzie nie jest wystarczający poziom wkładu własnego, który Przedsiębiorca może wnieść w postaci wynagrodzeń)

Oświadczam, że wnoszę o rozliczanie wkładu własnego w postaci wynagrodzeń

5. Preferowana forma pomocy:

Preferowana forma pomocy: *

- Pomoc de minimis
 Pomoc publiczna

Podstawową formą pomocy publicznej w ramach „Kompetencji dla sektorów” jest pomoc de minimis. W sytuacji, gdy przedsiębiorca będzie miał wyczerpany limit tej pomocy, może skorzystać z pomocy publicznej na zasadach ogólnych. Intensywność pomocy publicznej ustalana jest indywidualnie zgodnie z Rozporządzeniem 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. Np. Jeśli przedsiębiorca będzie korzystał z pomocy publicznej na doradztwo - intensywność wsparcia zgodnie z przepisami zostanie obniżona do 50%.

6. Liczba osób

Wnioskowana kwota: *

Liczba pracowników planowana do przeszkolenia:**

Liczba pracowników

Kwota wsparcia (zł):

Kwota wsparcia

Wygenerowana kwota liczona jest jako iloczyn wskazanej liczby osób oraz limit kwoty wsparcia na osobę. Kwotę wsparcia można samodzielnie zmniejszyć wpisując jej wartość w pole Kwota wsparcia (zł)

Wnioskowana kwota wsparcia wynosi 0 zł *

*

Pozostała liczba pracowników możliwa do przeszkolenia w ramach całego projektu: 1

8. Terminy na wykorzystanie wsparcia:

INFO: Usługi rozwojowe Przedsiębiorca zrealizuje w terminach określonych dla danego naboru. Wszystkie usługi muszą się zakończyć najpóźniej w ciągu 3 miesięcy od podpisania Umowy. Przedsiębiorca jest zobowiązany do podpisania Umowy wsparcia w terminie wskazanym przez Operatora, na warunkach określonych w Regulaminie Projektu.

Wniosek

Wniosek składa się z trzech części. Wypełnij wszystkie wymagane dane i kliknij przycisk Wyślij.

Pola oznaczone czerwoną gwiazdką * są obowiązkowe.

Część 1

Część 2

Część 3

7. Oświadczenia

- Zapoznałem się i akceptuję wszystkie poniższe oświadczenia. *
- Zostałem/am poinformowany/a, że wsparciem w ramach projektu planowane jest objęcie przedsiębiorstw / osób zgodnie z rekomendacją Sektorowej Rady ds. Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej *
- Przedsiębiorstwo, które reprezentuję działa w sektorze Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej w ramach PKD. Q 86 Opieka zdrowotna, z wyłączeniem placówek wieloosobowego całonocnego pobytu i opieki lub Q 88.1 Pomoc społeczna bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych. *
- Uzyskanie wsparcia w ramach projektu łączy się z wymogiem wniesienia wkład własnego w wysokości nie mniejszej niż 20% kwoty wsparcia; *
- Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie prowadzi działalności w sektorze rybołówstwa i akwakultury w rozumieniu rozporządzenia Rady (WE) nr 104/2000 z dnia 17 grudnia 1999 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, nie prowadzi działalności związanej z produkcją pierwotną produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (Dz. Urz. UE C 321E z 29.12.2006, str. 37) oraz nie prowadzi działalności w sektorze przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych w następujących przypadkach: (i) kiedy wysokość pomocy ustalana jest na podstawie ceny lub ilości takich produktów nabytych od producentów podstawowych lub wprowadzonych na rynek przez przedsiębiorstwa objęte pomocą; (ii) kiedy przyznanie pomocy zależy od faktu przekazania jej w całości producentom podstawowym; *
- Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie pozostaje w stanie upadłości, pod zarządem komisarycznym i nie znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub postępowania układowego z wierzycielami oraz nie jest w trudnej sytuacji, w rozumieniu pkt 20 Wytucznych dotyczących pomocy państwa na ratowanie i restrukturyzację przedsiębiorstw niefinansowych znajdujących się w trudnej sytuacji (Dz. Urz. EU C 249/1 z 31.07.2014 r.); *
- Nie ciąży na mnie/na reprezentowanym przeze mnie przedsiębiorstwie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem; *
- Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości dostępu do środków publicznych na podstawie przepisów prawa (dotyczy również osób reprezentujących MŚP) oraz stosownie do Rozporządzenia 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 24.12.2013r.); *
- Przedsiębiorstwo, które reprezentuję (rozumiane jako jedno przedsiębiorstwo lub grupa przedsiębiorstw powiązanych tworzących jeden podmiot gospodarczy zgodnie z art. 2 ust. 2 rozporządzenia 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) nie jest podmiotem znajdującym się w trudnej sytuacji w rozumieniu art. 2 pkt 18 rozporządzenia 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 26.06.2014r., str. 1, z późn. zm.); *
- Nie zostałem/am prawomocnie skazany/a za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwa skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych. *
- Przedsiębiorstwo, które reprezentuję, nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami; *
- Nie byłem/-em karana/-y za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych; *
- Zostałem/em poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; *
- Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie wiąże się z uzyskaniem pomocy de minimis lub pomocy publicznej; *
- Wyrażam zgodę na weryfikację danych zawartych we wszystkich złożonych dokumentach na każdym etapie realizacji Projektu oraz na poddawanie się kontroli, ewaluacji i monitoringowi udzielonego wsparcia, na uczestnictwo w wszelkich badaniach, przeprowadzanych przez Operatora lub podmiot przez niego wskazany oraz inne uprawnione instytucje; *
- Jestem świadomy/a, iż zgłoszenie przedsiębiorstwa do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa do objęcia wsparciem; *
- Pracownicy korzystający z usług rozwojowych w ramach Projektu zostaną zobowiązani do dostarczenia Operatorowi wymaganych dokumentów; *
- Zobowiązuję się do dostarczenia do Operatora dodatkowych wyjaśnień, dokumentów (informacji) niezbędnych w trakcie weryfikowania przedsiębiorstwa i udzielonego wsparcia; *
- Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu; *
- Zapoznałem/am się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego warunki; *
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane na temat przedsiębiorstwa w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. *
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby realizacji projektu i rozliczenia wsparcia otrzymanego w ramach Projektu. Dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że dane osobowe Pracownika są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją PO WER 2014-2020. *
- Oświadczam, że wydeleguję do udziału w projekcie wyłącznie kadre spełniającą wymogi potencjalnych uczestników usług rozwojowych określone przez Radę Sektorową w Rekomendacji dla każdej z usług. *

Wyślij