*Załącznik nr 1 do Regulaminu subsydiowania zatrudnienia*

**WNIOSEK O SUBSYDIOWANIE ZATRUDNIENIA**

w ramach projektu *Opolskie pracuje elastycznie*

|  |  |
| --- | --- |
| **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: |  | |
| 1. KRS: |  | |
| 1. Forma prawna: |  | |
| 1. Rodzaj prowadzonej  działalności: |  | |
| 1. Nazwa banku: |  | |
| 1. Numer konta: |  | |

1. **Wielkość przedsiębiorstwa[[1]](#footnote-1) (**definicja MŚP zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu) **/pracodawcy**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏 Mikro-przedsiębiorstwo | 🞏 Małe przedsiębiorstwo | 🞏 Średnie przedsiębiorstwo | 🞏 Duże przedsiębiorstwo | 🞏 Inne |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników  zatrudnionych na umowę o pracę  w przeliczeniu na pełne etaty - ogółem[[2]](#footnote-2) | Przyczyny zmniejszenia zatrudnienia (forma rozwiązania umowy o pracę)[[3]](#footnote-3) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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: | | |  |

Do zatrudnionych nie zalicza się:

1. osób wykonujących pracę nakładczą (chałupnictwo);
2. uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy;
3. osób korzystających z urlopów macierzyńskich, ojcowskich, rodzicielskich, wychowawczych i bezpłatnych;
4. osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło.
5. **Osoba planowana do zatrudnienia jest osobą:** 
   * + która sprawuje opiekę nad małym dzieckiem[[4]](#footnote-4),
     + która sprawuje opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[[5]](#footnote-5),
     + w wieku 50+[[6]](#footnote-6),
     + mieszkającą na Obszarze Strategicznej Interwencji wskazanym w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego, tj. miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze[[7]](#footnote-7) i/lub obszarach zagrożonych trwałą marginalizacją[[8]](#footnote-8),
     + zamieszkującą obszary wiejskie[[9]](#footnote-9),
     + z niepełnosprawnością[[10]](#footnote-10),
     + z przyznaną rentą
     + żadne z powyższych.
6. **Wysokość etatu i okres zatrudnienia osoby/osób planowanych do zatrudnienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość etatu** | **Deklarowany okres**  **subsydiowania wynagrodzenia**  **(od … do … - dzień miesiąc rok)[[11]](#footnote-11)** | **Deklarowany okres zatrudnienia**  **bezpośrednio następujący po okresie subsydiowania wynagrodzenia**  **(od … do … - dzień miesiąc rok)[[12]](#footnote-12)** | **Planowana wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto**  **ze składkami[[13]](#footnote-13) (proporcjonalnie do wysokości etatu)** |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość etatu[[14]](#footnote-14)** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto (proporcjonalnie do wielkości etatu)** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji opłacanych składek[[15]](#footnote-15) (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[[16]](#footnote-16)  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. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON (kserokopia),
3. Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP (kserokopia),
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 bezrobotnej 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 bezrobotna w ramach subsydiowanego zatrudnienia będzie zatrudniona na umowę   
    o pracę na zasadach elastycznych form zatrudnienia (EFZ) 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.
11. 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. „*Opolskie pracuje elastycznie*”.
12. Zakład nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.
13. Spełniam warunki dotyczące mojej sytuacji ekonomicznej w rozumieniu 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.
14. Nie otrzymałem pomocy przeznaczonej na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiegam się o *pomoc de minimis*.
15. Zobowiązuje się informować Beneficjenta o wszelkich przypadkach wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę z zatrudnionym Pracownikiem.
16. Zapoznałem się z Regulamin subsydiowania zatrudnienia w ramach projektu   
    „*Opolskie pracuje elastycznie*” wraz z jego załącznikami.

………………………………….. ……………………………………

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

*Osoby umocowanej do jego reprezentowania)*

1. Sposób określania statusu przedsiębiorstwa znajduje się w załączniku nr 1 do Formularza rekrutacyjnego, stanowiącego załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)
3. 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-3)
4. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy złożyć odpowiednie zaświadczenie/informację   
   z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub przedstawić do wglądu akt urodzenia dziecka oraz w przypadku dziecka z niepełnosprawnością orzeczenie o niepełnosprawności. Małe dziecko to dziecko w wieku do 6 lat (a w przypadku gdy jest to dziecko z niepełnosprawnością do lat 7). [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy złożyć dodatkowe oświadczenie lub przedłożyć do wzglądu orzeczenie o niepełnosprawności. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku   
   z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi należy przedstawić do wglądu dokument tożsamości. Osoba 50+ ozn. osobę, która do dnia poprzedzającego przystąpienie do projektu ukończyła 50 rok życia. [↑](#footnote-ref-6)
7. 8 miast: Brzeg, Kędzierzyn-Koźle, Kluczbork, Krapkowice, Namysłów, Nysa, Prudnik, Strzelce Opolskie. [↑](#footnote-ref-7)
8. 15 gmin: Baborów, Branice, Cisek, Domaszowice, Gorzów Śląski, Kamiennik, Murów, Otmuchów, Paczków, Pakosławice, Pawłowiczki, Radłów, Świerczów, Wilków, Wołczyn. [↑](#footnote-ref-8)
9. Rozumiane zgodnie ze stopniem urbanizacji ujętym w klasyfikacji DEGURBA – w Polsce klasyfikacja oparta jest na podziale gminnym. [↑](#footnote-ref-9)
10. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy po wyrażeniu odrębnej zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych okazać do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez organ do tego upoważniony. Osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
    o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 44   
    ze zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r.   
    o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r., poz. 917), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-10)
11. Deklarowany okres subsydiowania wynagrodzenia nie dłuższy niż 3 miesięce, zgodny z warunkami określonymi w Regulaminie. [↑](#footnote-ref-11)
12. Deklarowany okres zatrudnienia musi wynosić co najmniej połowę okresu, za który będzie wypłacona refundacja, zgodny z warunkami określonymi w Regulaminie. [↑](#footnote-ref-12)
13. Obowiązkowe składki leżące po stronie Pracodawcy na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe). [↑](#footnote-ref-13)
14. wielkość nie może przekroczyć 1,00 etatu [↑](#footnote-ref-14)
15. Obowiązkowe składki leżące po stronie Pracodawcy na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe, wypadkowe). [↑](#footnote-ref-15)
16. jak wyżej [↑](#footnote-ref-16)