Załącznik nr 3

do Regulaminu Projektu

**Pieczęć Pracodawcy** **Miejscowość, data**

**WNIOSEK PRACODAWCY NR ...................**

**o zawarcie umowy na organizację subsydiowanego zatrudnienia**

**i/lub wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa pracodawcy | |  | | | | | | | | | | |
| ADRES I SIEDZIBA PRACODAWCY | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | Nr | | |  | Lok. |  |
| Miejscowość | |  | | | | Kod pocztowy | |  | | | | |
| Powiat | |  | | | | Województwo | |  | | | | |
| Telefon | |  | | | | Telefon komórkowy | |  | | | | |
| Numer faksu | |  | | | | E-mail | |  | | | | |
| Strona www | |  | | | | NIP | |  | | | | |
| REGON | |  | | | | PKD | |  | | | | |
| Adres głównego i dodatkowych miejsc wykonywania działalności | |  | | | | | | | | | | |
| DANE PRACODAWCY | | | | | | | | | | | | |
| Forma prawna | | | |  | | | | | | | | |
| Rodzaj działalności | | | |  | | | | | | | | |
| Data rozpoczęcia działalności | | | |  | | | | | | | | |
| Wysokość składki wypadkowej ZUS | | | |  | | | | | | | | |
| Nazwa banku i numer konta | | | |  | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby reprezentującej Pracodawcę przy podpisywaniu umowy | | | | | | | | | | | | |
| ……………………………………………… ………………………………….. ………………………………………….  imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu  **lub**    ……………………………………………… ………………………………….. ………………………………………….  imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu | | | | |  | | | | | | | |
| Nr telefonu | | |  | | | E-mail | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. LICZBA ZATRUDNIONYCH PRACOWNIKÓW[[1]](#footnote-1)\* W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH POPRZEDZAJĄCYCH DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU:** | | | | | | | | | | | | | |
| Forma zatrudnienia | Ogólna liczba pracowników w dniu złożenia wniosku | 12 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku  (należy podać miesiąc i rok) | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę – **liczba zatrudnionych pracowników** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę – **liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełne etaty** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny i sposób rozwiązania stosunku pracy oraz na jakim stanowisku był zatrudniony zwolniony pracownik: | |
| **3. DANE DOTYCZĄCE OFEROWANEGO STANOWISKA PRACY**  **(W przypadku tworzenia więcej niż jednego stanowiska pracy – należy wypełnić załącznik nr 1 do wniosku)** | |
| Nazwa stanowiska |  |
| Rodzaj wykonywanej pracy |  |
| Preferowane wykształcenie  (proszę podać poziom i kierunek) |  |
| Niezbędne minimalne kwalifikacje i umiejętności |  |
| Proponowane wynagrodzenie |  |
| Miejsce wykonywania pracy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zmianowość | jedna zmiana/dwie zmiany/trzy zmiany[[2]](#footnote-2)\* | |
| Dni tygodnia i godziny pracy | OD: | DO: |
| Charakter pracy: w tym | TAK | NIE |
| praca szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia | **☐** | **☐** |
| praca w niedziele i święta | **☐** | **☐** |
| praca w porze nocnej | **☐** | **☐** |
| Planowany termin rozpoczęcia zatrudnienia |  | |
| Termin wypłaty wynagrodzenia |  | |
| Termin zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne |  | |
| Deklarowany okres zatrudnienia  po ustaniu zatrudnienia subsydiowanego (termin/liczba miesięcy) |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. WNIOSKOWANE PRZEZ PRACODAWCĘ WSPARCIE (łącznie z załącznikiem nr 1 do wniosku)** | | |
| Lp. | Forma wsparcia | Wnioskowana forma wsparcia i wysokość refundacji |
| 1 | Refundacja kosztów zatrudnienia – **1 etat** | **☐ TAK**  **Wysokość refundacji:**  **☐ NIE** |
| 2 | Refundacja kosztów zatrudnienia – **1/2 etatu** | **☐ TAK**  **Wysokość refundacji:**  **☐ NIE** |
| 3 | Jednorazowa refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy | **☐TAK**  **Wysokość refundacji:**  **☐ NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. ŁĄCZNA LICZBA NOWO TWORZONYCH STANOWISK PRACY (łącznie z załącznikiem nr 1 do wniosku)** | |
| Liczba stanowisk | Wnioskowana łączna kwota refundacji |
|  | Refundacja kosztów zatrudnienia (za cały wnioskowany okres):  Jednorazowa refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. ZESTAWIENIE WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH DOPOSAŻENIA LUB WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY** | | | | | | | |
| Nazwa stanowiska | Lp. | Specyfikacja wydatków dotyczących tworzonego stanowiska pracy | Ilość sztuk | Kwota z podziałem na źródła finansowania (netto) | | Razem (netto) | Uzasadnienie |
| Środki z Projektu | Środki własne |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma:** | | | |  |  |  |  |

Oświadczam, że:

* *dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.*
* *nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację*
* *w dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz z opłacaniem w terminie innych danin publicznych*
* *nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych*
* *skierowany Uczestnik/Uczestniczka Projektu otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom*
* *jestem/nie jestem[[3]](#footnote-3)\* przedsiębiorcą w rozumieniu art. 1 załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 roku i spełniam warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 Rozporządzenia Komisji Europejskiej 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352/1 z dnia 24.12.2013r.)*
* *nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy publicznej, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej taką pomoc za niezgodną z prawem oraz z rynkiem wewnętrznym.*
* *zapoznałem/am się z REGULAMINEM REKRUTACJI, UCZESTNICTWA I UDZIELANIA WSPARCIA W PROJEKCIE „Poprawić los” realizowanego przez stowarzyszenie FORUM AKTYWNOŚCI LOKALNEJ w Wałbrzychu w ramach RPO WD 2014-2020 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*
* *po upływie okresu subsydiowania zatrudnienia gwarantuję dalsze zatrudnienie przez minimalny okres 1 miesięca, Uczestników/Uczestniczek Projektu skierowanych przez Realizatorów Projektu*

Miejscowość, data Pieczątka i podpis Pracodawcy

Dokumenty i oświadczenia dołączone do wniosku:

* Dokument rejestracyjny Pracodawcy – CEiDG/KRS
* Zaświadczenie Pracodawcy o niekaralności  za przestępstwa popełnione przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. nr 88 poz. 553 z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (tj. Dz.U. 2014, poz. 1417) (nie starsze niż 1 miesiąc)
* Zaświadczenia o niezaleganiu w opłatach składek do ZUS i US (nie starsze niż 1 miesiąc)
* Rachunek zysków i strat za ostatni okres rozliczeniowy
* Bilans za ostatni okres rozliczeniowy
* Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. (poz. 1543) zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
* Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis
* Oświadczenie dla podmiotów ekonomii społecznej/przedsiębiorstw społecznych
* Oświadczenie o zabezpieczeniu realizacji umowy
* Oświadczenie o nieubieganiu się równolegle o środki na wyposażenie/doposażenie stanowiska pracy i subsydiowane zatrudnienie z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków w ramach projektów współfinansowanych z funduszy Unii Europejskiej, ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznanych w ramach innych programów operacyjnych współfinansowanych z funduszy unijnych
* Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy oraz składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w jego imieniu. W przypadku, gdy Pracodawcę reprezentuje pełnomocnik do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo określające jego zakres. Pełnomocnictwo z czytelnym podpisem Pracodawcy należy przedłożyć w oryginale. Jeżeli pełnomocnictwo nie jest sporządzane w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem, należy go podpisać w obecności uprawnionego pracownika Beneficjenta lub Partnera, w celu stwierdzenia własnoręczności podpisu. **Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym.**
* Załączniki do wniosku (w przypadku tworzenia więcej niż 1 stanowisko pracy) – ilość – szt. .....

1. \* **Do liczby pracowników nie należy wliczać:** właściciela firmy, młodocianych, zatrudnionych w ramach umów cywilnoprawnych (np. w ramach umów zlecenie, o dzieło), na

   urlopach macierzyńskich lub wychowawczych, przebywających na urlopach bezpłatnych. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. \* Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)