*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEDSIEBIORSTWA**

**DO PROJEKTU**

**„Kompetencje dla Sektora Opieki Zdrowotnej i Pomocy Społecznej”**

realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Działanie 2.21: Poprawa zarządzania, rozwój kapitału ludzkiego oraz wsparcie procesów innowacyjnych w przedsiębiorstwach

przez Operatora: **ZDZ w Warszawie**

**Numer Projektu: POWR.02.21.00-00-RW15/19**

**INFORMACJE O PROJEKCIE**

|  |
| --- |
| **Krótki opis projektu, w tym data jego rozpoczęcia i zakończenia, wykaz kosztów (zadania):** |
| Celem Projektu jest podniesienie kompetencji w zakresie rekomendowanym przez Sektorowe Rady ds. Kompetencji w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej przez 748 osób (w tym 598 kobiet i 150 mężczyzn) z objętych wsparciem MŚP z tego sektora.Wsparcie udzielane MŚP i pracownikom realizowane będzie poprzez dofinansowanie usług rozwojowych wybranych z BUR, współfinansowanych ze środków EFS.Projekt realizowany w okresie 01.01.2020 – 31.08.2023.Zadania realizowane w projekcie: Rekrutacja i monitoring oraz Działania merytoryczne w BUR. |
| **Rodzaj pomocy:** | **Pomoc de minimis/Pomoc publiczna** |
| **Lokalizacja:** | **Cała Polska** |

**FORMULARZ PROSIMY UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”**

|  |
| --- |
| **Informacje podstawowe:** |
| Nazwa przedsiębiorstwa (pełna nazwa przedsiębiorstwa zgodna z dokumentem rejestrowym) |  |
| Forma prawna |  |
| Numer KRS (jeśli dotyczy)  |  |
| Telefon |  | NIP  |  |
| E-mail |  | REGON |  |
| Fax |  | PKD[[1]](#footnote-1) |  |
| Adres siedziby głównej przedsiębiorstwa | Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| Obszar[[2]](#footnote-2) | Miejski |  | Wiejski |  |
| Obowiązek składania sprawozdań finansowych[[3]](#footnote-3) | Tak |  | Nie |  |
| Status przedsiębiorstwa | Mikro |  | Małe (do 25 pracowników) |  | Małe (powyżej 25 pracowników) |  |
| Średnie |  |  |  |  |
| Typ przedsiębiorstwa | Niezależne |  | Partnerskie |  | Związane |  |
| Sektor | opieka zdrowotna i pomoc społeczna[[4]](#footnote-4) |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dotyczące wsparcia otrzymanego przez Przedsiębiorstwo przed zgłoszeniem do Projektu**: |
| Czy wsparcie szkoleniowe lub doradcze wynika z rekomendacji właściwej Sektorowej Rady ds. Kompetencji (zgodnie z zapisami Regulaminu konkursu). | Tak |  | Nie |  |

**Wsparcie szkoleniowe lub doradcze powinno być realizowane co do zasady za pośrednictwem Bazy Usług Rozwojowych przy zastosowaniu podejścia popytowego. W przypadku, gdy w BUR nie są dostępne usługi rozwojowe w obszarach tematycznych wynikających z rekomendacji RS Wnioskodawca (Operator) zamawia konkretną usługę rozwojową przy wykorzystaniu funkcjonalności dostępnej w BUR. W dalszej kolejności zleca jej wykonanie podmiotowi spełniającemu warunki w zakresie zapewnienia należytej jakości świadczenia usług rozwojowych, określone w § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Rozwoju i Finansów z dnia 29 sierpnia 2017 r. w sprawie rejestru podmiotów świadczących usługi rozwojowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 1678). Operator będzie wspierać przedsiębiorców w wybieraniu przez nich usług rozwojowych w BUR lub poza BUR. W sytuacji gdy przedsiębiorca będzie chciał skorzystać z usługi rozwojowej realizowanej poza BUR, wówczas Beneficjent jest zobowiązany do potwierdzenia że danej usługi nie można zrealizować za pośrednictwem BUR.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby/ób uprawnionej/ych do reprezentowania instytucji wg dokumentu rejestrowego |  | Zajmowane stanowisko |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktów roboczych u Przedsiębiorcy |  | Telefon/e-mail osoby do kontaktów roboczych |  |

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:**

* Zostałem poinformowany, że wsparciem w ramach projektu planowane jest objęcie przedsiębiorstw / osób zgodnie z rekomendacją właściwej Sektorowej Rady ds. Kompetencji;
* Działam w sektorze zgodnym z zapisami Regulaminu Konkursu w ramach PKD.
* Uzyskanie wsparcia w ramach projektu łączy się z wymogiem wniesienia wkład własnego w wysokości nie mniejszej niż 20%/……%[[5]](#footnote-5) kwoty wsparcia;
* Nie należę do sektora górnictwa węgla, nie prowadzę 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 oraz nie prowadzę działalności związaną 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);
* Przedsiębiorstwo 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 Wytycznych 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.
* Przedsiębiorca 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.).
* Nie zostałem prawomocnie skazany 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 byłam(-em) karana(-y) za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych
i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,

* Zostałam/em poinformowana/y, 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, iż zgłoszenie się do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem przedsiębiorstwa do objęcia wsparciem;
* Pracownicy korzystający z usług rozwojowych w ramach Projektu zostaną zobowiązane 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| .....................................…………………………………………… | .....................................……………………………………………… |
| (miejscowość i data) | (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego (nie starszego niż 3 miesiące) dokumentu rejestrowego (KRS lub innego właściwego rejestru)
2. Kopie sporządzonych zgodnie z przepisami o rachunkowości sprawozdań finansowych za okres 3 ostatnich lat obrotowych jeżeli dotyczy
1. Należy wpisać główną klasę działalności, w związku z którą przedsiębiorstwo ubiega się o pomoc de minimis, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2004 roku w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. nr 251, poz. 1885 oraz z 2009 r. nr 59, poz. 489) [↑](#footnote-ref-1)
2. Obszary wiejskie to tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej. Dostęp do danych z podziałem terytorialnym na stronie internetowej GUS:

<http://www.stat.gov.pl/broker/access/index.jspa> [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeżeli TAK, przedsiębiorstwo składa dodatkowo wraz ze zgłoszeniem kopie sporządzonych zgodnie z przepisami o rachunkowości sprawozdań finansowych za okres 3 ostatnich lat obrotowych. Jeżeli NIE, nie składa sprawozdań finansowych. [↑](#footnote-ref-3)
4. PKD Q - Opieka zdrowotna i pomoc społeczna [↑](#footnote-ref-4)
5. Minimalna kwota wkładu własnego w wysokości 20% dotyczy mikro, małych i średnich przedsiębiorstw. [↑](#footnote-ref-5)