

Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacji praktyk zawodowych i przyznawania wsparcia w postaci zatrudnienia subsydiowanego

**WNIOSEK o udzielenie pomocy  
na subsydiowanie zatrudnienie w ramach projektu „Łódź rewitalizuje, Łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną”  
Forma pomocy: pomocy de minimis**

Na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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.

**1. Dane Podmiotu:**

<b>1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa</b>			
<b>2. Adres siedziby przedsiębiorstwa</b> ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy			
<b>3. Telefon, e-mail</b>			
<b>4. NIP</b>		<b>5. REGON</b>	
<b>6. Numer PKD</b>			
<b>7. Forma prawna</b>			
<b>8. Rodzaj prowadzonej działalności</b>			
<b>9. Osoba do kontaktu:</b> Imię nazwisko, telefon, e-mail, stanowisko służbowe			

**2. Wielkość przedsiębiorstwa – 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:**

mikroprzedsiębiorstwo

małe przedsiębiorstwo

średnie przedsiębiorstwo

duże przedsiębiorstwo

– mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.

– małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

– średnie przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.

**3. Stan zatrudnienia przedsiębiorcy będącego podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą z ostatnich 12 miesięcy.**

Lp.	Miesiąc, rok	Ogólna liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy*	Stanowisko, na którym nastąpił spadek zatrudnienia ze wskazaniem przyczyny
1			
2			
3			

4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku (średnia z ostatnich 12 miesięcy) : .....

\***Liczba pracowników** - oznacza liczbę rocznych jednostek roboczych (RJR), to jest liczbę pracowników zatrudnionych na pełnych etatach w ciągu jednego roku, przy czym praca w niepełnym wymiarze godzin oraz praca sezonowa wyrażone są ułamkowymi częściami jednostek RJR.

**4. Rodzaj stanowisk pracy oraz ilość osób potrzebnych do zatrudnienia.**

Lp.	Stanowisko	Rodzaj i miejsce wykonywanych zadań, pożądane kwalifikacje zawodowe	Liczba osób	Deklarowany okres zatrudnienia** (w miesiącach)
1.				
2.				
3.				

\*\* deklarowany okres zatrudnienia musi wynosić co najmniej 12 miesięcy

**5. Deklaracja zatrudnienia pracowników po zakończeniu subsydiowanego zatrudnienia:**

Zobowiązuję się po okresie zatrudnienia subsydiowanego do zatrudnienia Uczestnika projektu co najmniej z wynagrodzeniem w przeliczeniu na 1 miesiąc na poziomie wynagrodzenia z okresu subsydiowanego zatrudnienia, co najmniej na okres 4 tygodni.

**6. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanych Uczestników projektu:**

Nazwa stanowiska/zawodu	Wysokość proponowanego wynagrodzenia (uwzględniając wnioskowaną refundację)	Wynagrodzenie



Lp.		Wynagrodzenie ok. brutto miesięcznie	Wynagrodzenie netto miesięcznie	ok. brutto + składki płatnika
1.				
2.				
3.				

7. Jednocześnie składam **wniosek o udostępnienie wstępnych informacji o uczestnikach projektu „Łódź rewitalizuje, Łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną”**

W związku z zainteresowaniem udziałem w Projekcie „Łódź rewitalizuje, Łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną”, zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji o Uczestnikach Projektu, których ścieżka zawodowa jest zgodna ze stanowiskiem/mi, na jakie poszukujemy pracownika/ków.

Uzyskanie informacji jest niezbędne w celu weryfikacji - czy wśród Uczestników projektu „Łódź rewitalizuje, Łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną” znajdują się osoby spełniające nasze wymagania określone we wniosku o udzielenie pomocy de minimis.

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania Podmiotu

**Załączniki:**

1. **Oświadczenie** o otrzymanej pomocy de minimis - stanowiące **Załącznik nr 1**- składa podmiot ubiegający się o pomoc de minimis.