**Wniosek o wypłatę refundacji kosztów usługi rozwojowej w ramach projektu**

**pn. „Akademia HR. Profesjonalne kadry HR kluczem do rozwoju przedsiębiorstw”**

|  |
| --- |
| **INSTRUKCJA POPRAWNEGO WYPEŁNIANIA WNIOSKU REFUNDACYJNEGO** |
| 1. Należy wypełnić **wszystkie** pola. Formularz zawierający niewypełnione pola nie będzie podlegał rozpatrzeniu i będzie kierowany do uzupełnienia. Konieczne jest również **złożenie wszystkich** stosownych **oświadczeń** zgodnie z sytuacją przedsiębiorstwa składającego niniejszy Wniosek o wypłatę refundacji.
2. Wniosek, do którego **nie załączono wszystkich** wymaganych dokumentów (kopii faktury za usługę, dokumentu potwierdzającego dokonanie opłaty za fakturę, kopii zaświadczeń / certyfikatów potwierdzających ukończenie usługi rozwojowej, ankiet oceniających usługę rozwojową – ankieta instytucjonalna oraz ankieta/-y uczestnika/-ów indywidualnych) nie będzie podlegał rozpatrzeniu do czasu uzupełnienia brakujących elementów.
3. **Wniosek o wypłatę refundacji** powinien być **podpisany w wymaganych miejscach** przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania przedsiębiorstwa zgodnie z zapisami dokumentu rejestrowego. Podpis musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę wraz z pieczęcią imienną przedsiębiorcy. Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego. W przypadku posiadania odrębnego upoważnienia do reprezentowania przedsiębiorstwa należy dostarczyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię upoważnienia / pełnomocnictwa.
4. Informacje o wyniku weryfikacji wniosku refundacyjnego oraz informacje o konieczności złożenia poprawek, uzupełnień lub dodatkowych wyjaśnień będą przekazywane wyłącznie w formie pisemnej, za pośrednictwem ESSW, wyłącznie przedsiębiorcy składającemu niniejszy wniosek refundacyjny.
5. Wniosek refundacyjny należy złożyć **w wersji elektronicznej za pośrednictwem ESSW**.
 |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA OPERATOR** |
| **Nr formularza w rejestrze** |  | **Data wpływu** |  |
| **Data weryfikacji** |  | **Data otrzymania korekty / poprawek / wyjaśnień** |  |
| **Data ponownej weryfikacji** (o ile dotyczy) |  | **Data skierowania do płatności** |  |
| **Czy przeprowadzono wizytę monitoringową? TAK / NIE** |  | **Numer wniosku refundacyjnego** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANIE PRZEZ PRZEDSIĘBIORCĘ** |
| **Dane identyfikacyjne przedsiębiorstwa** |
| **Pełna nazwa przedsiębiorstwa** (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |  |
| **Numer ID wsparcia** | FERS. 01.03-IP.09-0058/23\_............................. | **NIP** |  |
| **Numer rachunku bankowego przedsiębiorstwa** **(zgodny z umową wsparcia i tożsamy z numerem rachunku, z którego dokonano płatności za usługę rozwojową)\*** |  |
| \*w przypadku czynnych płatników VAT numer konta bankowego MUSI znajdować się na „białej liście podatników VAT” |

|  |
| --- |
| **Informacje dotyczące wnioskowanego wsparcia**  |
| **Rodzaj usługi rozwojowej** |[ ]  usługa szkoleniowa |[ ]  usługa doradcza |[ ]  inna |
| **Forma świadczenia usługi** |[ ]  stacjonarna |[ ]  zdalna / mieszana |
| **Numer usługi (zgodnie z Kartą usługi)** |  |
| **Nazwa usługi (zgodnie z Kartą usługi)** |  |
| **Termin realizacji usługi rozwojowej** |  | **Ilość godzin trwania usługi rozwojowej** |  |
| **Numer faktury/faktur za usługę rozwojową** |  | **Data zapłaty za fakturę/faktury** |  |
| **Cena 1 osobogodziny netto** | zł | **Cena 1 osobogodziny brutto** | zł |
| **Całkowita wartość usługi rozwojowej brutto (100%)** |  zł (słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………..) |
| **Forma i wartość wkładu własnego** (zaznaczyć właściwe) |[ ]  opłata | zł | **Wartość refundacji** (zaznaczyć właściwe) |[ ]  opłata | zł |
|  |[ ]  wynagrodzenie | zł |  |[ ]  wynagrodzenie | zł |
|  |[ ]  mieszany | zł |  |[ ]  mieszany | zł |

|  |
| --- |
| **Informacje o uczestnikach usługi rozwojowej** |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię uczestnika/-czki**  | **Liczba godzin obecności** **(zgodnie z listą obecności)** | **Awans** **(TAK/NIE DOTYCZY)** | **Forma wkładu własnego przedsiębiorcy** **(OPŁATA / WYNAGRODZENIA / MIESZANA)** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **Czy osoby wymienione powyżej w trakcie trwania usługi rozwojowej przebywały na zwolnieniu lekarskim?** |[ ]  **NIE** |[ ]  **TAK** | **nr wiersza:**……………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **TAK** | **NIE** | **Oświadczenia** |
| **1.** |[ ] [ ]  **Wyrażam zgodę na weryfikację** przez Operatora i inne uprawnione instytucje, w tym IP FERS poprawności i prawdziwości danych zawartych w niniejszym Wniosku o wypłatę refundacji. |
| **2.** |[ ] [ ]  **Wszystkie informacje** podane w niniejszym Wniosku o wypłatę refundacji oraz w dokumentach dodatkowych **są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i prawnym**; jednocześnie jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 oraz art. 297 k.k. za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. |
| **3.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **podlega wykluczeniu** z możliwości ubiegania się o środki publiczne na podstawie przepisów prawa oraz stosownie do Rozporządzenia nr 2023/2831 z dnia 13.12.203 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z dnia 15.12.2023 r.). |
| **4.** |[ ] [ ]  Oświadczam, że na podmiocie, który reprezentuję **ciąży obowiązek** zwrotu pomocy publicznej, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub ze wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym). |
| **5.** |[ ] [ ]  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 (o ile dotyczy). |
| **6.** |[ ] [ ]  Uczestnikami usługi rozwojowej rozliczanej niniejszym wnioskiem o wypłatę refundacji byli **WYŁĄCZNIE** pracownicy i/lub przedsiębiorca spełniający warunki określone dla grupy docelowej Projektu. |
| **7.** |[ ] [ ]  Rozliczana usługa rozwojowa spełnia wszystkie warunki kwalifikowalności wskazane w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (§7 Regulaminu). |
| **8.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie jest powiązane **osobowo lub kapitałowo z Dostawcą rozliczanej usługi rozwojowej.** |
| **9.** |[ ] [ ]  Rozliczana usługa rozwojowa nie była świadczona przez podmiot pełniący funkcję Operatora / Partnera Operatora w którymkolwiek programie regionalnym lub FERS. |
| **10.** |[ ] [ ]  Podmiot, który reprezentuję **uzyskał wsparcie** na usługi rozwojowe od innego Operatora wyłonionego w ramach konkursu „Akademia HR” nr FERS.01.03-IP.09-002/23. |
| **11.** |[ ] [ ]  Usługa rozliczana niniejszym Wnioskiem o wypłatę refundacji nie była i nie będzie rozliczona u innego Operatora wyłonionego w ramach konkursu „Akademia HR” nr FERS.01.03-IP.09-002/23 lub w ramach innych przedsięwzięć współfinansowanych ze środków krajowych lub wspólnotowych. |
| **12.** |[ ] [ ]  Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że dane zawarte we Wniosku o wypłatę refundacji są nieprawdziwe, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić dokonania refundacji kosztów usługi rozwojowej rozliczanej niniejszym Wnioskiem o wypłatę refundacji. |
| **13.** |[ ] [ ]  Oświadczam, iż w przypadku konieczności dokonania poprawek, korekt lub złożenia dodatkowych wyjaśnień dotyczących dokumentów i ujętych w nich kosztów dokonam ich w terminie wyznaczonym przez Operatora. W przypadku, gdy złożenie stosownych wyjaśnień lub korekt nie będzie możliwe w wyznaczonym przez Operatora terminie niezwłocznie poinformuję go o tym fakcie. |
| **14.** |[ ] [ ]  Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie korekt, poprawek lub wyjaśnień do treści niniejszego Wniosku o wypłatę refundacji lub dokumentów do niego załączonych w terminie wykraczającym poza termin wyznaczony przez Operatora może skutkować odmową dokonania refundacji. |
| **15.** |[ ] [ ]  Numer konta bankowego wskazane w niniejszym Formularzu należy do przedsiębiorstwa wnioskującego o wsparcie w ramach projektu „Akademia HR. Profesjonalne kadry HR kluczem do rozwoju przedsiębiorstw” (nr projektu FERS. 01.03-IP.09-0058/23) i jest tożsame z numerem konta wskazanym w Formularzu zgłoszeniowym Przedsiębiorstwa. |
| **16.** |[ ] [ ]  Przyjmuję do wiadomości, iż dokonanie zapłaty za usługę rozwojową **po terminie płatności wyznaczonym** na dokumencie księgowym przez Dostawcę usługi może skutkować odmową refundacji przez Operatora. |
| **17.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż w przypadku dokonania opłaty za usługę rozwojową w formie gotówkowej lub formie bezgotówkowej z konta innego, iż wskazane w Formularzu zgłoszeniowym Przedsiębiorstwa Operator może uznać koszty usługi rozwojowej za niekwalifikowalne i odmówić wypłacenia refundacji. |
| **18.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję współpracuje z przedstawicielami reżimu rządzącego w Federacji Rosyjskiej lub Republice Białorusi, w szczególności: z przedstawicielami władz tych państw, jak również czołowymi przedsiębiorcami objętymi aktualnymi sankcjami, w tym unijnymi, opublikowanymi w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej („Przedstawiciele Reżimu”). |
| **19.** |[ ] [ ]  przedsiębiorstwo, które reprezentuję zostało wpisane na Listę osób i podmiotów prowadzoną przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, publikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa, wobec których stosowane są środki przewidziane ustawą dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego („Lista”). |
| **20.** |[ ] [ ]  Przedsiębiorstwo, które reprezentuję jest podmiotem kontrolowanym przez Przedstawicieli Reżimu oraz prowadzi działania biznesowe, przede wszystkim szerokorozumianą dwustronną wymianę handlową z podmiotami kontrolowanymi przez Przedstawicieli Reżimu. |
| **21.** |[ ] [ ]  Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu lub zniszczenia. |
| **22.** |[ ] [ ]  Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie oraz wynikach weryfikacji przedłożonych dokumentów drogą elektroniczną za pośrednictwem systemu ESSW zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18.07.2002 r. oświadczeniu usług drogą elektroniczną |
| Miejscowość, data | Pieczęć przedsiębiorstwa(o ile dotyczy) | Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwalub podpis z pieczątką imienną(zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**UWAGA**

**Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa musi pozwalać na jednoznaczną identyfikację osoby, która go złożyła, tj. zawierać możliwe do odczytania nazwisko osoby składającej podpis lub parafkę + pieczęć z imieniem i nazwiskiem Przedsiębiorcy.**

**Podpis musi być złożony własnoręcznie w oryginale, a nie za pomocą reprodukcji (faksymile) w formie pieczęci bądź wydruku pliku graficznego.**

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW stanowiących KOMPLET DOKUMENTACJI REFUNDACYJNEJ (w wersji papierowej):**

**(należy zaznaczyć „X” właściwe załączniki, dołączone przy wysyłce dokumentów w wersji papierowej oraz uzupełnić liczbę składanych dokumentów)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zaznaczyć „X”** | **Nazwa załącznika** | **Ilość dokumentów** | **Liczba stron** | **Obowiązkowy lub TAK/NIE (jeśli dotyczy)** |
| **1.** |[ ]  Formularz wniosku o wypłatę refundacji |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **2.** |[ ]  **Pełnomocnictwo do podpisania dokumentów** lub oświadczeń w imieniu danego Przedsiębiorstwa udzielone osobie innej niż wskazana/–e w dokumencie rejestrowym. |  |  | jeśli dotyczy |
| **3.** |[ ]  **Faktura proforma** za usługę rozwojową. |  |  | jeśli dotyczy |
| **4.** |[ ]  **Faktura** za usługę rozwojową.**Faktura** za usługę rozwojową zawiera co najmniej następujące informacje:* nazwę usługobiorcy,
* ID wsparcia zgodnie z podpisaną umową wsparcia,
* nazwę usługi rozwojowej (zgodną z Kartą usługi),
* numer usługi rozwojowej (zgodny z Kartą usługi)
* termin realizacji usługi rozwojowej (zgodne z Kartą usługi i faktycznymi terminami realizacji usługi),
* liczbę godzin usługi rozwojowej rozumianej jako liczbę godzin szkoleniowych zegarowych lub dydaktycznych (zgodną z Kartą usługi),
* listę uczestników indywidualnych biorących udział w usłudze rozwojowej

**Dokumenty niezawierające powyższych danych będą kierowane do poprawy.** |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **5.** |[ ]  **Potwierdzenie dokonania opłaty za fakturę** – wydruk potwierdzenia dokonania płatności mający status „wykonany”, „zrealizowany” lub inny potwierdzający wypływ środków z konta przedsiębiorcy wskazanego w Formularzu zgłoszeniowym.Opłata za usługi rozwojowe musi zostać dokonana w całości.W tytule przelewu wpisano numer faktury, za którą dokonano opłaty. Jeśli NIE, konieczne jest złożenie oświadczenia zawierającego co najmniej informację, iż *„Opłata dokonana w dniu XX.XX.20XX r. w wysokości XXX,XX zł dotyczy opłaty za fakturę nr XXX”* |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **6.** |[ ]  Oświadczenie Przedsiębiorcy dotyczące **wysokości wkładu własnego w postaci wynagrodzeń** osób uczestniczących w rozliczanej usłudze(Załącznik nr 8 do Regulaminu). |  |  | jeśli dotyczy |
| **7.** |[ ]  Lista płac wraz z dokumentami potwierdzającymi zapłatę poszczególnych składników wynagrodzenia. |  |  | jeśli dotyczy |
| **8.** |[ ]  Ewidencja czasu pracy za miesiąc/miesiące, w których realizowana była usługa rozwojowa **(dotyczy WYŁACZNIE pracowników za których wkład własny wnoszony jest w formie wynagrodzeń lub w formie mieszanej)** |  |  | jeśli dotyczy **(na wezwanie OPERATORA)** |
| **9.** |[x]  **Ankieta oceniająca usługę** * wypełniona przez Przedsiębiorcę
* wypełniona przez uczestników /-czki usługi rozwojowej.
 |  |  | **generowane przez OPERATORA** |
| **10.** |[ ]  **Dokument/dokumenty potwierdzające ukończenie usługi rozwojowej** **Dokument (zaświadczenie / certyfikat lub inne) potwierdzający ukończenie usługi rozwojowej przez uczestnika indywidualnego** zawiera co najmniej:* nazwę usługobiorcy (tj. przedsiębiorstwa kierującego pracownika do udziału w usłudze rozwojowej)
* imię i nazwisko uczestnika usługi rozwojowej,
* ID wsparcia zgodnie z podpisaną umową wsparcia
* nazwa usługi rozwojowej (zgodnie z Kartą usługi)
* numer usługi rozwojowej (zgodnie z Kartą usługi)
* termin realizacji usługi rozwojowej (zgodnie z Kartą usługi i faktycznymi terminami realizacji usługi),
* liczbę godzin usługi rozwojowej rozumianej jako liczbę godzin szkoleniowych zegarowych lub dydaktycznych (zgodną z Kartą usługi),
* informację na temat efektów uczenia się, kod kwalifikacji w ZRK (o ile dotyczy)
* suplement do zaświadczenia / certyfikatu (o ile dotyczy) – zawiera imię i nazwisko uczestnika indywidualnego i/lub numer zaświadczenia / certyfikatu

**W przypadku usługi doradczej:*** dokument potwierdzający zrealizowanie usługi (raport / analiza itp.)

**Dokumenty niezawierające powyższych danych będą kierowane do poprawy.** |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **11.** |[ ]  **Dokumentacja potwierdzającą realizację usługi w formie stacjonarnej:*** kopia lista obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Dostawcę usługi rozwojowej
 |  |  | jeśli dotyczy |
| **12.** |[ ]  **Dokumentacja potwierdzającą realizację usługi w formie zdalnej lub mieszanej:*** zrzuty z ekranu
* wygenerowane z systemu potwierdzenie obecności uczestnika na usłudze rozwojowej
* listy obecności / mailowe potwierdzenie obecności
 |  |  | jeśli dotyczy |
| **13.** |[ ]  Dokumenty potwierdzające zatrudnienie pracowników w trakcie realizacji usługi rozwojowej * ZUS RCA – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach **LUB** Kartoteka ubezpieczonego wygenerowana z ZUS PUE
* ZUS RSA – imienny raport miesięczny **(dot. WYŁĄCZNIE uczestników przebywających na L4 w trakcie usługi rozwojowej)**
 |  |  | **OBOWIĄZKOWY**-dla każdego PRACOWNIKAskierowanego do udziału w usługach rozwojowych |
| **14.** |[ ]  Dokumenty potwierdzające zamianę statusu kandydata na menadżera (awansu) po zakończeniu rozliczanej usługi* kopia umowy o pracę / aneksu do umowy potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Przedsiębiorcę oraz uczestnika usługi rozwojowej, którego dotyczy awans
 |  |  | jeśli dotyczy |
| **15.** |[ ]  Oświadczenie Przedsiębiorcy dotyczące środków sankcyjnych (załącznik nr 11 do Regulaminu) |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **16.** |[ ]  Zestawienie własne przedsiębiorcy dotyczące wysokości kwalifikowalnych składników wynagrodzenia **(dokument wymagany WYŁACZNIE w przypadku, gdy wszystkie kwalifikowalne składniki wynagrodzenia nie są wykazane na Liście płac)**  |  |  | jeśli dotyczy**(na wezwanie OPERATORA)** |
| **17.** |[ ]  Inne (jakie?)........................................................................................ |  |  | jeśli dotyczy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Oświadczenia** |
| **1.** | Oświadczam, iż przedłożony wniosek refundacyjny jest **kompletny – wypełniono wszystkie pola oraz dołączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do otrzymania refundacji** |
| **2.** | Osoba do kontaktu w sprawie wniosku refundacyjnego (przedsiębiorca / właściciel MŚP lub pracownik wnioskującego o wsparcie MŚP):* imię i nazwisko - ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* numer telefonu, adres e-mail - …………………………………………………………………………………………………………………………………
 |
| Miejscowość, data | Pieczęć przedsiębiorstwa(o ile dotyczy) | Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwalub podpis z pieczątką imienną(zgodnie z dokumentem rejestrowym) |