**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 przedsiębiorstwa  lub 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.** |  | **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 PRACOWNIKA  skierowanego 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 przedsiębiorstwa  lub podpis z pieczątką imienną  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |