**Wniosek o refundację kosztów usługi w ramach projektu**

**pn. „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego”**

|  |
| --- |
| **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 refundacyjny. 2. Wniosek refundacyjny, 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. **Kopie** wszystkich dokumentów dołączanych do wniosku refundacyjnego, **muszą być oznaczone datą** ORAZ **potwierdzone** **przez przedsiębiorcę** **za zgodność z oryginałem** z podaniem daty dokonania tego potwierdzenia. 4. Wniosek refundacyjny powinien zostać wypełniony w sposób czytelny (komputerowo lub ręcznie, drukowanymi literami), tak, aby wpisane dane nie budziły wątpliwości interpretacyjnych. Formularze wypełnione w sposób niestaranny i/lub nieczytelny będą kierowane do korekty  i będą podlegać rozpatrzeniu po dostarczeniu poprawionego formularza. 5. **Wniosek refundacyjny** 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. 6. Informacje o wyniku weryfikacji wniosku refundacyjnego oraz informacje o konieczności złożenia poprawek, uzupełnień lub dodatkowych wyjaśnień będą przekazywane wyłącznie w formie pisemnej, na adres e-mail podany we Wniosku refundacyjnym, wyłącznie przedsiębiorcy składającemu niniejszy wniosek refundacyjny. 7. Wniosek refundacyjny należy złożyć **w wersji papierowej** – osobiście lub pocztą tradycyjną – na adres Biura projektu (ul. Barcza 16, 10 – 685 Olsztyn). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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) |  | | **Adres przedsiębiorstwa**  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) | |  |
| **Numer ID wsparcia** | FEWM.07.05-IZ.00-0005/23\_TECHPAL\_.......... | | | **NIP** |  |
| **Numer rachunku bankowego przedsiębiorstwa\*** | |  | | | |
| \*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** | | | | | |  | | |
| **Wartość usługi rozwojowej (100%)** | | | | | zł  (słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………..) | | | | | | | | | | | | |
| **Wkład własny** |  | **20%** | | zł | | | | **Wnioskowana wartość refundacji** | | | |  | | **80%** | | zł | |
|  | **50%** | | zł | | | |  | | **50%** | | zł | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje o uczestnikach usługi rozwojowej** | |
| **Nazwisko i imię uczestnika indywidualnego**  **UWAGA:**  **(w przypadku kierowania do udziału w usłudze większej ilości pracowników możliwe jest modyfikowanie wielkości i zakresu tego pola)** |  |
|  |
|  |
| (…) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość, data | Pieczęć przedsiębiorstwa  (o ile dotyczy) | Czytelny podpis osoby (osób) uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa  lub podpis z pieczątką imienną  (zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **TAK** | **NIE** | **Oświadczenia** | |
| **1.** |  |  | **Wyrażam zgodę na weryfikację** przez Operatora i inne uprawnione instytucje, w tym IZ FEWM poprawności  i prawdziwości danych zawartych w niniejszym Wniosku refundacyjnym. | |
| **2.** |  |  | Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **podlega wykluczeniu** z możliwości ubiegania się o środki publiczne na podstawie przepisów prawa oraz stosownie do Rozporządzenia nr 1407/2013 z dn. 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107  i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.) | |
| **3.** |  |  | 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). | |
| **4.** |  |  | **Wszystkie informacje** podane w niniejszym Wniosku refundacyjnym 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 | |
| **5.** |  |  | Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku stwierdzenia przez Operatora, że dane zawarte  we Wniosku refundacyjnym są nieprawdziwe, niezgodne ze stanem faktycznym Operator ma prawo odmówić dokonania refundacji kosztów usługi rozwojowej rozliczanej niniejszym Wnioskiem refundacyjnym. | |
| **6.** |  |  | 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. | |
| **7.** |  |  | Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie korekt, poprawek lub wyjaśnień do treści niniejszego Wniosku refundacyjnego lub dokumentów do niego załączonych w terminie wykraczającym poza termin wyznaczony przez Operatora może skutkować odmową dokonania refundacji. | |
| **8.** |  |  | Przyjmuję do wiadomości, iż dokonanie zapłaty za usługę rozwojową **po terminie płatności wyznaczonym** na dokumencie księgowym przez Dostawcę usługi skutkować będzie odmową refundacji przez Operatora . | |
| **9.** |  |  | Numer konta bankowego wskazane w niniejszym Formularzu należy do przedsiębiorstwa wnioskującego o wsparcie w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05-IZ.00-0005/23) i jest tożsame z numerem konta wskazanym w Formularzu zgłoszeniowym MŚP | |
| **10.** |  |  | Mam świadomość, iż w przypadku dokonania opłaty za usługę rozwojową w formie gotówkowej lub formie bezgotówkowej z konta innego, iż wskazane w Formularzu zgłoszeniowym MŚP Operator może uznać koszty usługi rozwojowej za niekwalifikowalne i odmówić wypłacenia refundacji | |
| **11.** |  |  | Przedsiębiorstwo, które przedkłada niniejszy Wniosek refundacyjny jest płatnikiem VAT. | |
| **12.** |  |  | **Posiadam** prawną możliwość odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT  w związku z realizacją działań objętych dofinansowaniem w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP  z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05.00-28-0005/23). **Otrzymam refundację w kwocie netto.** | |
| **13.** |  |  | **Nie posiadam** prawnej możliwości odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT  w związku z realizacją działań objętych dofinansowaniem w ramach projektu „Klucz do usług rozwojowych dla MŚP  z województwa warmińsko – mazurskiego” (nr projektu FEWM.07.05.00-28-0005/23). Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części poniesionego podatku VAT, jeśli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie lub odliczenie tego podatku. **Otrzymam refundację w kwocie brutto.** | |
| **14.** |  |  | 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). | |
| **15.** |  |  | Przedsiębiorstwo, które reprezentuję **jest zarejestrowane** w Bazie Usług Rozwojowych jako Dostawca usług „z możliwością dofinansowania” | |
| **16.** |  |  | Dostawcą usługi rozwojowej, o dofinansowanie której ubiegam się niniejszym wnioskiem **nie jest podmiot,  z którym jestem powiązany osobowo lub kapitałowo**, tj. pomiędzy mną a dostawcą usługi nie występują powiązania polegające na: udziale w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji spółki, pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, pozostawaniu w stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości, co do bezstronności  w wyborze Dostawcy usługi, w szczególności pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do mnie lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli. | |
| **17.** |  |  | **Koszty**, które zostały przedstawione do rozliczenia niniejszym wnioskiem **nie dotyczą usługi** rozwojowej, której **obowiązek przeprowadzenia** na zajmowanym stanowisku **wynika z odrębnych przepisów prawa**. | |
| **18.** |  |  | Całkowity koszt usługi rozwojowej przedstawionej do rozliczenia niniejszym wnioskiem **nie był większy niż roczny obrót**  (z poprzedniego zamkniętego okresu obrachunkowego) z działalności gospodarczej wnioskującego przedsiębiorstwa | |
| **19.** |  |  | Podmiot, który reprezentuję **prowadzi działalność gospodarczą** na terenie wykraczającym **poza obszar województwa warmińsko – mazurskiego** | |
| **20.** |  |  | Podmiot, który reprezentuję **ubiega się** **o wsparcie** na usługi rozwojowe, o których dofinansowanie ubiega się  w województwie warmińsko – mazurskim w ramach innych projektów Podmiotowego Systemu Finansowania **w innych województwach** | |
| **21.** |  |  | Uczestnikami usługi rozwojowej rozliczanej niniejszym wnioskiem refundacyjnym byli **WYŁĄCZNIE** pracownicy zatrudnieni na terenie województwa warmińsko – mazurskiego i/lub przedsiębiorca prowadzący działalność gospodarczą na terenie województwa warmińsko – mazurskiego | |
| **22.** |  |  | Osoby uczestniczące w usłudze rozwojowej rozliczanej niniejszym Wnioskiem refundacyjnym były zatrudnione  w przedsiębiorstwie składającym ten Wniosek w okresie **NIE KRÓTSZYM** niż 3 miesiące przed rozpoczęciem udziału  w dofinansowanej usłudze rozwojowej do dnia zakończenia realizacji usługi rozwojowej. | |
| **23.** |  |  | **Równolegle ubiegam** **się u innego regionalnego Operatora** środków w ramach Działania 7.5 FEWM **o refundację kosztów udziału tych samych osób w usłudze rozwojowej ujętej w niniejszym Wniosku refundacyjnym**. | |
| **24.** |  |  | Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Operatora stają się własnością Operatora i nie mam prawa żądać ich zwrotu lub zniszczenia. | |
| **25.** |  |  | Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o projekcie oraz wynikach weryfikacji przedłożonych dokumentów drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany w części nr 1 niniejszego formularza 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 refundacyjnego |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **2.** |  | **Pełnomocnictwo do podpisania dokumentów** lub oświadczeń w imieniu danego Przedsiębiorstwa udzielone osobie innej niż wskazana/–e w dokumencie rejestrowym. |  |  | jeśli dotyczy |
| **3.** |  | Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedsiębiorcę **kopia faktury proforma** za usługę rozwojową. |  |  | jeśli dotyczy |
| **4.** |  | Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedsiębiorcę **kopia faktury** 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.  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.** |  | Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez przedsiębiorcę **kopia dokumentu/dokumentów potwierdzających 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   **Dokumenty niezawierające powyższych danych będą kierowane do poprawy.** |  |  | **OBOWIĄZKOWY** |
| **7.** |  | **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  (na wezwanie Operatora) |
| **8.** |  | Dokumenty potwierdzające zatrudnienie pracowników  w okresie nie krótszym niż 3 miesiące przed rozpoczęciem udziału w usłudze rozwojowej (ZUS PRCA – imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach):   * potwierdzenie zarejestrowania w ZUS |  |  | **OBOWIĄZKOWY**  -dla każdego PRACOWNIKA  skierowanego do udziału w usługach rozwojowych |
| **9.** |  | 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.** | Wszystkie kopie dokumentów – załączników do wniosku refundacyjnego – zostały potwierdzone za zgodność z oryginałem **przez przedsiębiorcę** co najmniej:   * czytelnym podpisem lub parafką + pieczęcią imienną, * pieczęcią przedsiębiorstwa (o ile istnieje), * datą dokonania potwierdzenia | | |
| **3.** | 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) |