**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 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 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 PRACOWNIKAskierowanego 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 przedsiębiorstwalub podpis z pieczątką imienną(zgodnie z dokumentem rejestrowym) |