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)**	1.
	2.
	3.
	(…)

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)