Załącznik nr 6 do Regulaminu wyboru projektów – Minimalny wzór Analizy potrzeb pracodawcy w zakresie adaptacyjności do zmian na rynku pracy, wdrażania elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy

**ANALIZA POTRZEB PRACODAWCY**

**w zakresie adaptacyjności do zmian na rynku pracy,**

**wdrażania elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy**

Niniejsza analiza został sporządzona na potrzeby rekrutacji do projektu pt. ………………… złożonego przez Wnioskodawcę ……… w odpowiedzi na Nabór nr FEWM.07.06-IZ.00-001/24 dla Działania 7.6 Adaptacja do zmian (Typ 2: Wsparcie pracodawców we wprowadzaniu elastycznych form zatrudnienia, ze szczególnym uwzględnieniem pracy zdalnej), współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021 – 2027

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ PRACODAWCĘ NIE BĘDĄCYM PRZEDSIĘBIORCĄ** | | | |
| **Pełna nazwa pracodawcy** |  | | |
| **Data rozpoczęcia działalności na terenie województwa warmińsko-mazurskiego** |  | **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Forma prawna** |  | **Telefon** |  |
| **Wiodące PKD** |  | | |
| **Adres pracodawcy** |  | | |
| **Pracownicy przewidziani do objęcia wsparciem w projekcie są zatrudnieni w woj. warmińsko-mazurskim na podstawie przepisów kodeksu pracy** | TAK  NIE | | |
| **Podatki odprowadzane na terenie woj. warmińsko – mazurskiego** | PIT  CIT  VAT  podatek od nieruchomości  podatek od środków transportowych | | |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentacji pracodawcy (imię, nazwisko, mail)** |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **WYPEŁNIANE PRZEZ PRZEDSIĘBIORCĘ** | | | | | | | | | |
| **Adres siedziby lub jednostki organizacyjnej na terenie województwa warmińsko – mazurskiego**  **(**główna siedziba / filia / oddział / delegatura**, w której działalność gospodarcza prowadzona jest od co najmniej 6 m-cy przed otrzymaniem wsparcia)** | | | | **Adres głównej siedziby**  (dotyczy **WYŁĄCZNIE** przedsiębiorstw, których główna siedziba **NIE znajduje się** na terenie województwa warmińsko – mazurskiego) | | | | | |
| **województwo** | | **WARMIŃSKO – MAZURSKIE** | | **województwo** | |  | | | |
| **powiat** | |  | | **powiat** | |  | | | |
| **gmina** | |  | | **gmina** | |  | | | |
| **poczta, kod pocztowy** | |  | | **poczta, kod pocztowy** | |  | | | |
| **ulica, numer budynku, numer lokalu** | |  | | **ulica, numer budynku, numer lokalu** | |  | | | |
| **Przedsiębiorstwo prowadzi działalność gospodarczą pod głównym adresem rejestrowym na terenie województwa warmińsko – mazurskiego** | | | |  | TAK | |  | | NIE |
| \***jeśli NIE** należy wskazać DOKŁADNY adres prowadzenia działalności na terenie województwa warmińsko – mazurskiego (np. biuro, punkt obsługi klienta, miejsce świadczenia usług itp.) | | | | | |
| **Data rozpoczęcia działalności na terenie województwa warmińsko-mazurskiego** | | | |  | | | | | |
| **Osoba upoważniona do reprezentacji przedsiębiorstwa (imię, nazwisko, mail)** | | | |  | | | | | |
| **Wielkość przedsiębiorstwa** | | | | mikro  małe  średnie | | | | | |
| **Pracownicy przewidziani do objęcia wsparciem w projekcie są zatrudnieni u pracodawcy w woj. warmińsko-mazurskim na podstawie przepisów kodeksu pracy** | | | | TAK  NIE | | | | | |
| **Przedsiębiorstwo jest płatnikiem podatku VAT** | | | | **Przedsiębiorstwo odprowadza na terenie woj. warmińsko – mazurskiego podatek** | | | | | |
|  | TAK |  | ZWOLNIONY podmiotowo  art. 113 ust. ..... | PIT  CIT  podatek od środków transportowych | | | | VAT  podatek od nieruchomości | |
|  | NIE |  | ZWOLNIONY przedmiotowo  art. 43 ust. …… pkt ….. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJA O PLANOWANYM WSPARCIU W RAMACH PROJKETU** | | |
| 1. | Krótki opis pracodawcy  *(ogólna struktura , obszar działalności, ilość osób zatrudnionych)* |  |
| 2. | Problemy adaptacyjne w zakresie zmian na rynku pracy, które pracodawca zamierza zniwelować za pomocą elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy  *(opis barier organizacyjnych, technicznych i technologicznych, eksperckich występujących u danego pracodawcy na danym miejscu/ach pracy)* |  |
| 3. | Potrzeby adaptacyjne pracodawcy w zakresie wdrożenia elastycznych form zatrudnienia i organizacji pracy  *(krótki opis potrzeb technicznych, technologicznych, eksperckich dostosowania miejsc pracy, możliwość wdrożenia alternatywnych sposobów świadczenia pracy u danego pracodawcy, liczba miejsc pracy przewidziana do objęcia elastycznymi formami zatrudnienia, rodzaj elastycznej organizacji pracy, ilość pracowników planowanych do objęcia wsparciem)* |  |
| 4. | Sposób wdrożenia elastycznych form zatrudnienia i kwota nakładów poniesionych na ten cel w zakresie: | |
| - usług eksperckich  *(zakres tematyczny usług szkoleniowo-doradczych, ilość osób uczestniczących w szkoleniu, kwota przeznaczona na ten cel, harmonogram realizacji usług eksperckich)* |  |
| - doposażenia miejsc pracy *(rodzaj wyposażenia, ilość miejsc pracy wyposażonych, kwota przeznaczona na ten cel, harmonogram realizacji wsparcia)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE NA TEMAT OTRZYMANEJ PRZEZ PRACODAWCĘ POMOCY DE MINIMIS** | | | |
| **Lp.** | **TAK** | **NIE** |  |
| **1.** |  |  | Podmiot, który reprezentuję **podlega wykluczeniu** z możliwości **ubiegania się o środki publiczne** na podstawie przepisów prawa oraz stosownie do Rozporządzenia nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis. |
| **2.** |  |  | 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). |
| **3.** |  |  | Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 latach kalendarzowych (od daty do daty) podmiot, który reprezentuję **NIE UZYSKAŁ** pomocy *de minimis.* |
| **4.** |  |  | Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 latach kalendarzowych (od daty do daty) podmiot który reprezentuję (wraz z podmiotami powiązanymi i/lub partnerskimi) **UZYSKAŁ** pomoc *de minimis* w wysokości ………………………..………………………… euro (stan na dzień wypełnienia Analizy) |
| **5.** |  |  | Podmiot, które reprezentuję (wraz z podmiotami powiązanymi i/lub partnerskimi) w ciągu ostatnich 3 latach kalendarzowych (od daty do daty), **otrzymał pomoc de minimis w kwocie wyższej niż 300 tys. EUR.** |
| **6.** |  |  | Oświadczam, że wszelkie informacje dotyczące pomocy *de minimis* otrzymanej przez podmiot, który reprezentuję **SĄ ZGODNE** z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis,* jakie przedsiębiorstwo, które reprezentuję otrzymało od podmiotów udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie ostatnich 3 latach kalendarzowych (od daty do daty). |
| **7.** |  |  | Oświadczam, że jestem świadomy/-a, iż w przypadku nieprzekazania lub przekazania nieprawdziwych informacji o pomocy publicznej, o których mowa w art. 39 oraz art. 40 ust. 1 i ust. 3 pkt 2, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może w drodze decyzji nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 euro (zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. Nr 123, poz. 1291 z późn. zm.). |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **OŚWIADCZENIA PRACODAWCY** | | | |
| **Lp.** | **TAK** | **NIE** |  |
| **1.** |  |  | Oświadczam, że podmiot, który 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"). |
| **2.** |  |  | Oświadczam, że podmiot, który 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"). |
| **3.** |  |  | Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję:  - jest podmiotem kontrolowanym przez Przedstawicieli Reżimu prowadzi działania biznesowe, przede wszystkim szerokorozumianą dwustronną wymianę handlową z podmiotami kontrolowanymi przez Przedstawicieli Reżimu |
| **4.** |  |  | Zobowiązuję się do dostarczenia do Wnioskodawcy oświadczeń podmiotów powiązanych z przedsiębiorstwem lub/i partnerskich, a dotyczących wykluczenia tych podmiotów z możliwości otrzymania środków Unii Europejskiej na podstawie prawodawstwa unijnego i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne (należy wypełnić jeśli dotyczy). |
| **5.** |  |  | Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję 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. |
| **6.** |  |  | Podmiot, który reprezentuje pozostaje w stanie upadłości, pod zarządem komisarycznym i znajduje się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego lub postępowania układowego z wierzycielami oraz jest w trudnej sytuacji, w rozumieniu pkt 20 Wytycznych dotyczących pomocy państwa na ratowanie i restrukturyzację przedsiębiorstw niefinansowych znajdujących się w trudnej sytuacji (Dz. Urz. EU C 249/1 z 31.07.2014 r.) |
| **7.** |  |  | Oświadczam, że zostałam/-em prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwa skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści |
| **8.** |  |  | Oświadczam, że zostałam/-em prawomocnie skazany którykolwiek z członków organów zarządzających bądź wspólników przedsiębiorstwa, które reprezentuję, za przestępstwa składania fałszywych zeznań, przekupstwa, przestępstwa przeciwko mieniu, wiarygodności dokumentów, obrotowi pieniężnemu i papierami wartościowymi, obrotowi gospodarczemu, systemowi bankowemu, przestępstwo skarbowe albo inne związane z wykonywaniem działalności gospodarczej lub popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych (dot. firm zarejestrowanych w KRS - wypełnić jeśli dotyczy) |
| **9.** |  |  | Oświadczam, że podmiot, które reprezentuję zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części lub całości poniesionego podatku od towarów i usług (VAT), jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku. |
| **10.** |  |  | Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję zobowiązuje się do poinformowania Wnioskodawcy o zmianie statusu podatnika VAT, jeżeli nastąpi ona w trakcie uczestnictwa w projekcie. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ja niżej podpisany/-a świadomy/-a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu, oświadczam, iż wszystkie złożone oświadczenia oraz podane dane i informacje zawarte w niniejszej Analizie są prawdziwe, kompletne i w pełni odzwierciedlają sytuację prawną, finansową i gospodarczą oraz są zgodne ze stanem faktycznym. Ponadto, informuję iż zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.  Jednocześnie oświadczam, iż nie ubiegam się o wsparcie w ramach Działania 7.6 FEWiM u innego Wnioskodawcy. | |
| Pieczątka pracodawcy | Czytelny podpis/-y osoby/osób uprawnionych do reprezentowania pracodawcy lub podpis z pieczątką imienną |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TEST POMOCY PUBLICZNEJ – WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA W ODNIESIENIU DO UCZESTNIKÓW PROJKETU**  **Projekt jest zgodny z zasadami pomocy publicznej lub pomocy de minimis (o ile dotyczy).**  *Wynik testu pomocy publicznej uznaje się za negatywny w przypadku udzielenia co najmniej 1 negatywnej odpowiedzi na niżej wymienione pytania.* | | | |
| **Lp.** |  | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Czy pracodawca jest przedsiębiorcą w rozumieniu funkcjonalnym (wykorzystuje produkty/usługi do działalności o charakterze gospodarczym)? |  |  |
| 2. | Czy następuje przysporzenie na rzecz konkretnego podmiotu na warunkach korzystniejszych niż rynkowe? |  |  |
| 3. | Czy transfer zasobów ma charakter selektywny (uprzywilejowuje określone podmioty lub wytwarzanie określonych dóbr)? |  |  |
| 4. | **TYLKO W PRZYPADKU GDY WARTOŚĆ POMOCY PRZEKRACZA DOSTĘPNY DLA PRACODAWCY LIMIT POMOCY DE MINIMIS:**  Czy następuje lub czy istnieje groźba zakłócenia konkurencji? |  |  |
| 5. | **TYLKO W PRZYPADKU GDY WARTOŚĆ POMOCY PRZEKRACZA DOSTĘPNY DLA PRACODAWCY LIMIT POMOCY DE MINIMIS:** Czy transfer zasobów wpływa na wymianę gospodarczą/ handlową między państwami członkowskimi? |  |  |
|  | | | |
| **Czy w projekcie na poziomie uczestnika projektu (pracodawcy) występuje pomoc publiczna ?** | |  |  |
| **Czy w projekcie na poziomie uczestnika projektu (pracodawcy) występuje pomoc de minimis?** | |  |  |
| **Czy w przypadku pomocy de minimis pracodawca dysponuje wolnym limitem pomocy zgodnym z przepisami w tym zakresie?** | |  |  |

………………………………………………..

Pieczątka i podpis Wnioskodawcy