Załącznik nr 6 do Regulaminu wyboru projektów – Minimalny wzór Analizy potrzeb pracodawcy w zakresie adaptacyjności do zmian na rynku pracy, dostosowania środowiska pracy do potrzeb różnych grup pracowników

**ANALIZA POTRZEB PRACODAWCY**

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

**dostosowania środowiska pracy do potrzeb różnych grup pracowników**

Niniejsza analiza został sporządzona na potrzeby rekrutacji do projektu pt. ………………… złożonego przez Wnioskodawcę ……… w odpowiedzi na Nabór nr FEWM.07.06-IZ.00-002/24 dla Działania 7.6 Adaptacja do zmian (Typ 1: Dostosowanie środowiska pracy do potrzeb różnych grup pracowników, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym tworzenie dobrych warunków pracy, szkoleń pracowników w zakresie wypalenia zawodowego oraz chorób związanych z pracą), 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** | | | | | | | | | |
| **Pełna nazwa przedsiębiorstwa** | | | |  | | | | | |
| **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.) | | | | | |
| **NIP, REGON** | | | |  | | | | | |
| **Telefon do kontaktu:** | | | |  | | | | | |
| **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 u pracodawcy w woj. warmińsko-mazurskim na podstawie kodeksu pracy.* |  |
| 2. | Problemy pracodawcy w zakresie dostosowania środowiska pracy do potrzeb różnych grup pracowników:   * *w zakresie występowania niekorzystnych czynników zdrowotnych w środowisku pracy w odniesieniu do pracowników, których zdrowie jest narażone ze względu na charakter pracy/stanowisko/warunki pracy;* * *w zakresie poprawy ergonomii pracy i dostosowania do warunków pracy (adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia pracowników), których obejmuje wsparciem w projekcie.* |  |
| 3. | Formy wsparcia pracodawcy w zakresie dostosowania środowiska pracy do potrzeb różnych grup pracowników: | |
| **Usługi rozwojowe**  takie jak np.: ergonomia pracy biurowej, ergonomia pracy fizycznej, zdrowy kręgosłup w pracy biurowej, nauka ćwiczeń profilaktyczno-terapeutycznych, techniki poprawnego wykonywania czynności fizycznych, jak i kiedy ćwiczyć w trakcie pracy, ochrona wzroku oraz poprawa komfortu pracy przy komputerze, emisja głosu, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, zarządzanie stresem, zarządzanie czasem, zarzadzanie emocjami, techniki relaksacyjne, edukacja zbiorowa na terenie zakładu pracy prowadzona przez fizjoterapeutę psychologa/psychoterapeutę – właściwa organizacja stanowiska pracy z uwzględnieniem zasad ergonomii, diagnoza zachowań zdrowotnych pracowników na danym stanowisku pracy, ćwiczenia korekcyjne pozwalające zapobiec dalszemu postępowaniu zdiagnozowanych wad, edukacja w zakresie chorób cywilizacyjnych.  Należy wskazać:   * *rodzaj wsparcia,* * *ilość godzin,* * *ilość osób uczestniczących w usługach rozwojowych i ich forma zatrudnienia, w tym liczba osób objętych wsparciem powyżej 50 r. ż.* |  |
| **Usług rozwojowe dla osób zarządzających zespołami na wysokim i średnim szczeblu menadżerskim**  w zakresie: profilaktyki wypalenia zawodowego i chorób zawodowych pracowników, zarządzania różnorodnością/wiekiem w miejscu pracy oraz ergonomii, organizacji i bezpieczeństwa pracy.  Należy wskazać:   * *rodzaj wsparcia,* * *ilość godzin,* * *ilość osób uczestniczących w usługach rozwojowych i ich forma zatrudnienia, w tym liczba osób objętych wsparciem powyżej 50 r. ż.* |  |
| **Doposażenia środowiska pracy**  (m. in. sprzęt, meble, wartości niematerialne i prawne, usługi związane z  montażem/uruchomieniem doposażenia miejsca pracy).  Należy wskazać:  *- ilość miejsc pracy doposażonych* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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