Załącznik nr 13

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu  |  |
| Numer  identyfikacyjny |  |

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA POMOSTOWEGO PRZEDŁUŻONEGO**

w ramach projektu „SZOWES – OWES w regionie koszalińskim/stargardzkim/szczecineckim/szczecińskim\*”

1. Dane Wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedsiębiorstwo społeczne/podmiot uprawniony do utworzenia przedsiębiorstwa społecznego[pełna nazwa] |   |
| Adres aktualnej/planowanej siedziby |  |
| Adres prowadzonej/planowanej działalności |  |
| NIP [jeśli dotyczy] | …………………………………………………..□ nie dotyczy |

1. Dane Uczestników projektu, na które wnioskowane jest wsparcie (osób fizycznych):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. | Nazwisko |  |
|  | Imię |  |
|  | Adres zamieszkania |  |
|  | PESEL |  |
| 2.2. | Nazwisko |  |
|  | Imię |  |
|  | Adres zamieszkania |  |
|  | PESEL |  |
| 2.3. | Nazwisko |  |
|  | Imię |  |
|  | Adres zamieszkania |  |
|  | PESEL |  |
| 2.4. | Nazwisko |  |
|  | Imię |  |
|  | Adres zamieszkania |  |
|  | PESEL |  |
| 2.5. | Nazwisko |  |
|  | Imię |  |
|  | Adres zamieszkania |  |
|  | PESEL |  |

1. Wnioskowane wsparcie (*W oparciu o* *Regulamin rekrutacji i przyznawania środków finansowych na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych w ramach działania 7.3 RPO WZP 2014-2020)*

Wnoszę o przyznanie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1** | **Wsparcie pomostowe**  | □ **w formie finansowej****□ w formie niefinansowej (zindywidualizowane usługi)** |
| Cele jakie będą zrealizowane przy wykorzystaniu wsparcia pomostowego podstawowego [finansowego i niefinansowego] |  |
| **Wnioskowana kwota netto/brutto\* (**łącznie na okres 6 miesięcy**) finansowego wsparcia pomostowego przedłużonego** |  |
|  | Zakres wsparcia niefinansowego w formie zindywidualizowanych usług | ◻ Szkolenia◻ Doradca zawodowy/ psycholog/ mentoring/ tutoring◻ Kluczowe doradztwo biznesowe/ doradztwo kluczowe◻ Usługi reintegracyjne◻ Szkolenia zawodowe◻ Wizyty studyjne◻ Bony rozwojowe (zakres) …………………………………………………………………….◻ Inne jakie?…………………… |
| Planowana data rozpoczęcia korzystania ze wsparcia pomostowego przedłużonego | □ finansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ niefinansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Planowana data zakończenia korzystania ze wsparcia pomostowego przedłużonego | □ finansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ niefinansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Uzasadnienie konieczności udzielenia wsparcia pomostowego przedłużonego |
|  |

Do niniejszego Wniosku załącza się następujące dokumenty:

1. Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis,
w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających.
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis  (zgodnie ze wzorem zawartym w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010, Dz. U. 2010, Nr 53, poz. 311 ze zm.) .
3. Wykaz planowanych miesięcznych wydatków związanych z podstawowymi kosztami funkcjonowania przedsiębiorstwa społecznego finansowanych w ramach wsparcia pomostowego podstawowego.

Podpisy osób wnioskujących:

[imię i nazwisko, czytelny podpis/ imię i nazwisko – stanowisko, czytelny podpis i pieczęć podmiotu ekonomii społecznej]

……………………………………..

 [data, miejsce]

|  |
| --- |
| *Wypełnia pracownik merytoryczny danego subregionu OWES (kluczowy doradca biznesowy)* |
| Wniosek spełnia wymogi formalne związane z udzieleniem wsparcia pomostowego przedłużonego• tak • nie • wymaga poprawy pod względem spełnienia kryteriów formalnych | Uzasadnienie: |
| Rekomenduję podmiot składający Wniosek do przyznania wsparcia pomostowego przedłużonego• tak • nie • tak pod warunkiem naniesienia wskazanych w uzasadnieniu zmian | Uzasadnienie: |
| Data: | Imię i nazwisko: | Podpis |
| Wypełnia pracownik merytoryczny danego subregionu OWES (koordynator merytoryczny) |
| Rekomenduję podmiot składający do przyznania wsparcia pomostowego przedłużonego• tak • nie | Uzasadnienie: |
| Data: | Imię i nazwisko: | Podpis |

Załącznik nr 3

Wykaz planowanych miesięcznych wydatków związanych z podstawowymi kosztami funkcjonowania przedsiębiorstwa społecznego/spółdzielni socjalnej finansowanych w ramach wsparcia pomostowego podstawowego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj wydatku | Wysokość wydatku netto/brutto\* | Metodologia szacowania | Okres, w którym będzie ponoszony wydatek | Uzasadnienie |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

Data………….

Podpisy osób reprezentujących podmiot:

[imię i nazwisko, czytelny podpis/ imię i nazwisko – stanowisko, czytelny podpis i pieczęć podmiotu ekonomii społecznej]