Załącznik nr 8

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

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH (DOTACJI) NA UTWORZENIE MIEJSCA PRACY**

**I UDZIELENIE WSPARCIA POMOSTOWEGO**

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

1. Dane Wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedsiębiorstwo społeczne/podmiot uprawniony do utworzenia przedsiębiorstwa społecznego/  grupa inicjatywna podmiotu ekonomii społecznej  [pełna nazwa] |  |
| □ Nowy [utworzony po otrzymaniu środków]  □ Istniejący |
| Adres aktualnej/planowanej siedziby |  |
| Adres prowadzonej/planowanej działalności |  |
| Adres siedziby (planowanej lub aktualnej) lub miejsca prowadzonej działalności znajduje się / znajdować się będzie na obszarze objętym rewitalizacją zgodnie z obowiązującym dla danej gminy programem rewitalizacji | □ TAK  □ NIE |
| NIP [jeśli dotyczy] | …………………………………………………..  □ nie dotyczy |
| Skrócony opis prowadzonej/planowanej działalności, w tym m.in:  - zakres terytorialny  - zakres świadczonych usług |  |

1. Dane Uczestników projektu (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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **Środki finansowe na utworzenie miejsca pracy** | □ **w nowym przedsiębiorstwie społecznym**  □ **w istniejącym przedsiębiorstwie społecznym**,  □ **w podmiocie ekonomii społecznej** **wyłącznie pod warunkiem przekształcenia w przedsiębiorstwo społeczne**  Jednocześnie oświadczam, że Podmiot wnioskujący o wsparcie w ramach projektu w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku nie zmniejszył wymiaru czasu pracy pracownika, nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot oraz na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników. | |
| **Liczba miejsc pracy** |  | |
| **Wnioskowana kwota netto/brutto\*** |  | |
| Planowany status płatnika podatku VAT [dotyczy nowych PES] | * Zamierzam się zarejestrować jako płatnik podatku VAT * Nie zamierzam się zarejestrować jako płatnik podatku VAT | |
| Status płatnika podatku VAT [dotyczy istniejących PES] | * Jestem płatnikiem podatku VAT * Nie jestem płatnikiem podatku VAT | |
| Planowana data rozpoczęcia działalności (zatrudnienia/ przyjęcia członka) [od dd.mm.rrrr] | |  |
| Planowana data rozpoczęcia wykorzystania środków finansowych [od dd.mm.rrrr] | |  |
| Planowana data zakończenia wykorzystania środków finansowych [od dd.mm.rrrr] | |  |
| **B.** | **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**) wsparcia pomostowego podstawowego** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zakres wsparcia niefinansowego w formie zindywidualizowanych usług |  | |
| Planowana data rozpoczęcia korzystania ze wsparcia pomostowego | | □ finansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ niefinansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Planowana data zakończenia korzystania ze wsparcia pomostowego | | □ finansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ niefinansowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Uzasadnienie konieczności udzielenia wsparcia pomostowego | | |
|  | | |

Do niniejszego Wniosku załącza się następujące dokumenty:

1. Oświadczenie o spełnianiu kryteriów uprawniających do przyznania środków finansowych (dotacji) na utworzenie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym.
2. Zaświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis,   
   w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających.
3. 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.) .
4. Biznesplan wraz z harmonogramem rzeczowo-finansowym
5. Wykaz planowanych miesięcznych wydatków związanych z podstawowymi kosztami funkcjonowania przedsiębiorstwa społecznego finansowanych w ramach wsparcia pomostowego podstawowego.
6. Kserokopie dokumentów potwierdzających doświadczenie, umiejętności i kwalifikacje poszczególnych członków grupy inicjatywnej

Podpisy osób wnioskujących:

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

……………………………………..

[data, miejsce]

Załącznik Nr 1

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Miejsce planowanego zatrudnienia  [nazwa przedsiębiorstwa społecznego] |  |
| Planowana data zatrudnienia  [dd.mm.rrrr] |  |

Niniejszym oświadczam, **iż spełniam przesłanki, warunkujące przyznanie środków finansowych (dotacji) na utworzenie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym,** tj. jestemosobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z wyłączeniem osób nieletnich i/lub długotrwale bezrobotną i/lub ubogą pracującą i/lub opuszczającą młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii i/lub opuszczającą zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich (poniżej zaznaczyć właściwe):

* **osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj.** **spełniające co najmniej jedną z przesłanek** określonych w art. 7 ustawy z dn. 12.03.2004 o pomocy społecznej; z powodu m.in:
* ubóstwa
* sieroctwa
* bezdomności
* bezrobocia
* niepełnosprawności
* długotrwałej lub ciężkiej choroby
* przemocy w rodzinie
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych/ wielodzietnych
* trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego
* alkoholizmu lub narkomanii
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej
* klęski żywiołowej lub ekologicznej
* inne
* **osoba, która podlega wykluczeniu społecznemu** i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dn. 13.06.2003 o zatrudnieniu socjalnym, w tym:
* bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej
* uzależniona od alkoholu
* uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających
* chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego
* długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej
* uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej
* osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
* **osoba przebywająca w pieczy zastępczej** lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w  ustawie z dnia 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
* **osoba nieletnia**, wobec którego zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dn. 26.10.1982 o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U.2014, p.382);
* **osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii**, o której mowa w ustawie z dnia 7.09.1991 o systemie oświaty (Dz.U.2004, p.2572 z późn. zm.);
* **rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością**, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
* **osoba niesamodzielna** (*tj., która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)*
* **osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** 2014-2020 *(tj. pobierająca pomoc w formie paczek)*
* **osoba uboga pracująca**

Niniejszym oświadczam, iż **zapoznałem się z przyjętymi kryteriami oceny wniosku o przyznanie środków finansowych (dotacji) na utworzenie miejsca pracy i udzielenie wsparcia pomostowego** zawartymi w *Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków finansowych na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych w ramach działania 7.3 RPO WZP 2014-2020* w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej.

…………………………………………………………. …………………………………………………………………………

           [miejscowość, data]                                [czytelny podpis Uczestnika/czki projektu]

Załącznik nr 5

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

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