**Załącznik nr 1**

WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA POMOSTOWEGO

**w ramach**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020**

**Oś Priorytetowa 11- Włączenia Społeczne**

***Działanie 11.3 Wspieranie przedsiębiorczości społecznej i integracji zawodowej w przedsiębiorstwach społecznej oraz ekonomii społecznej i solidarnej w celu ułatwienia dostępu do zatrudniania.***

***Poddziałanie 11.3.1 Wsparcie przedsiębiorczości społecznej***

***Projekt „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Ełku”***

|  |  |
| --- | --- |
| Numer wniosku |  |
| Data i godzina złożenia wniosku |  |
| Miejsce złożenia wniosku: |  |
| Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane przedsiębiorstwa społecznego, do której przystępuje osoba ubiegająca się o *Podstawowe Wsparcie Pomostowe*** | | | | | |
| Nazwa przedsiębiorstwa społecznego |  | | | | |
| Status prawny  (np. spółdzielnia socjalna)  wraz z numerem KRS |  | | | | |
| Dane teleadresowe | NIP |  | | REGON |  |
| Ulica |  | | Numer domu/lokalu |  |
| Miejscowość |  | | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | | Gmina |  |
| Województwo |  | | | |
| nr telefonu, nr faxu |  | | adres e-mail |  | |

**II. Informacje na temat osób, na które zostanie przyznane pomostowe wsparcie finansowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | PESEL  Numer i seria Dowodu Osobistego | Miejsce zamieszkania – miejscowość, powiat | Podstawa zakwalifikowania do wsparcia  (np. długotrwałe bezrobocie, III profil bezrobocia, niepełnosprawność – zgodnie z katalogiem) | Stanowisko, forma zatrudnienia  (np. umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę, zlecenia),  wymiar czasu pracy | Data zatrudnienia (rozpoczęcia pracy) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ........................................................................ Data i Podpis Beneficjenta Pomocy | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |  |

***Zgodnie Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych  
 z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 wnosimy o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego w postaci:***

1. *Wsparcia Finansowego* na łączną kwotę w wysokość ……… PLN (słownie: ……… złotych 00/100), w formie comiesięcznej pomocy w wysokości[[1]](#footnote-1) …….. PLN (słownie: ……… złotych) wypłacanej przez okres 6 miesięcy od dnia podpisania Umowy.
2. *Wsparcia opiekuna biznesowego* w zakresie efektywnego wykorzystania przyznanych środków przez okres 12 miesięcy od dnia podpisania Umowy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa miesiąca** | **Kategoria wydatków (proszę wpisać numery z listy pod tabelą)** | **Wnioskowana kwota miesięczna** (iloczyn liczby uprawnionych osób oraz kwot wnioskowanych na każdą osobę- max. 9.250zł/m-c) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Kategorie wydatków:**

1. koszty ZUS, podatków od wynagrodzeń, innych pochodnych od wynagrodzeń pracowników (Beneficjentów Pomocy);
2. wynagrodzenie Beneficjentów Pomocy;
3. ubezpieczenie majątkowe zakupów z dotacji o wartości jednostkowej powyżej 1000,00zł[[2]](#footnote-2);
4. koszty administracyjne (w tym koszty czynszu lub wynajmu pomieszczeń bezpośrednio związanych   
   z prowadzoną działalnością gospodarczą);
5. koszty eksploatacji pomieszczeń (w tym m.in. opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową   
   i wodę);
6. koszty usług pocztowych;
7. koszty usług księgowych;
8. koszty usług prawnych;
9. koszty Internetu;
10. koszty materiałów biurowych;
11. koszty działań informacyjno-promocyjnych;
12. i inne niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa .

Planowana data rozpoczęcia korzystania z podstawowego wsparcia pomostowego [[3]](#footnote-3): ………..

Planowana data zakończenia korzystania z podstawowego wsparcia pomostowego: ………

Okres określony powyżej, nie przekracza łącznie 6 miesięcy od dnia podpisania Umowy.

**UZASADNIENIE POTRZEBY KORZYSTANIA Z PODSTAWOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO (*w tym uzasadnienie konieczności poniesienia wydatków z kategorii „Inne wydatki niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa” określonych w katalogu wydatków wraz z metodologią i ich oszacowaniem*)**

|  |
| --- |
|  |

#### UE+EFS_L-monoUE+EFS_L-monoUE+EFS_L-monoUE+EFS_L-mono

My niżej podpisani potwierdzamy prawdziwość podanych danych we Wniosku. Jednocześnie jesteśmy świadomi odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie oświadczamy, że wsparcie pomostowe wydatkowane będzie wyłącznie w celu sfinansowania podstawowych kosztów funkcjonowania i rozwoju w początkowym okresie działania przedsiębiorstwa społecznego.

|  |  |
| --- | --- |
| ........................................................................ Data i Podpis Beneficjenta Pomocy | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |  |

**Do niniejszego Wniosku załącza się następujące dokumenty:**

1. kopię (potwierdzoną za zgodność z oryginałem) aktualnego dokumentu poświadczającego zgłoszenie BP do ZUS ;
2. Oświadczenie o nieotrzymaniu innej pomocy w odniesieniu do tych samych kosztów (Załącznik nr 3);
3. Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis (Załącznik nr 4)
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Załącznik nr 11);
5. Kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem dokumentu (np. spółdzielcza umowa o pracę) będącego podstawą zatrudnienia BP przez przedsiębiorstwo społeczne.

**Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu (zgodnie ze statutem)**

1. ...................................................................................................................
2. ...................................................................................................................
3. ...................................................................................................................

………………………………………..…………….., ………………………………..

miejscowość data

1. Wysokość Wsparcia Pomostowego nie może być wyższa niż wartość określona w Rozdziale 4 pkt. 4b Regulaminu świadczenia usług OWES w Ełku. [↑](#footnote-ref-1)
2. Obowiązkowe dla wszystkich podmiotów [↑](#footnote-ref-2)
3. Pierwszy miesiąc korzystania z podstawowego wsparcia pomostowego uzależniony jest od momentu utworzenia miejsc pracy dla BP. Jeżeli zawarcie umów nastąpiło do 15. dnia miesiąca włącznie, podmiot ma prawo do wnioskowania o wsparcie od tego miesiąca. Jeżeli zawarcie umów z BP nastąpiło po 15. dniu danego miesiąca, wówczas pierwszym miesiącem korzystania ze wsparcia jest miesiąc następny. *Przykład 1: Przedsiębiorstwo społeczne zatrudniło 5 pracowników w dniu 17 lipca, wówczas dla tego podmiotu pierwszym miesiącem korzystania ze wsparcia pomostowego będzie sierpień. Przykład 2: Przedsiębiorstwo społeczne zatrudniło 5 pracowników w dniu 9 lipca, wówczas dla tego podmiotu pierwszym miesiącem korzystania ze wsparcia pomostowego będzie lipiec.*  [↑](#footnote-ref-3)