**Załącznik nr 2**

WNIOSEK O PRZYZNANIE PRZEDŁUŻONEGO 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 *Przedłużone 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 |  |

Informacje na temat osób, na które zostanie przyznane przedłużone wsparcie finansowe:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | PESELNumer 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 (1-6 miesięcy) | Stanowisko, forma zatrudnienia( 7-12 miesięcy) |
| 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 przedłużonego 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 / osobę (słownie: ……… złotych) wypłacanej przez okres 6 miesięcy od dnia podpisania Umowy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Kategoria wydatków | w okresie od 7 do 9 miesiąca | w okresie od 10 do 12 miesiąca | Miesiąc/miesiące i rok, w którym wydatek będzie poniesiony |
| Miesięczna wysokość wydatku | Sposób wyliczenia(np. ilość Beneficjentów Pomocy \* x zł kosztów ZUS w danym miesiącu)  | Miesięczna wysokość wydatku | Sposób wyliczenia |
| 1 | koszty ZUS, podatków od wynagrodzeń, innych pochodnych od wynagrodzeń pracowników (Beneficjentów Pomocy) |  |  |  |  |  |
| 2 | ubezpieczenie majątkowe zakupów z dotacji o wartości jednostkowej powyżej 1000,00zł |  |  |  |  |  |
| 3 | koszty administracyjne (w tym koszty czynszu lub wynajmu pomieszczeń bezpośrednio związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą) |  |  |  |  |  |
| 4 | koszty eksploatacji pomieszczeń (w tym m.in. opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę) |  |  |  |  |  |
| 5 | koszty usług pocztowych |  |  |  |  |  |
| 6 | koszty usług księgowych |  |  |  |  |  |
| 7 | koszty usług prawnych |  |  |  |  |  |
| 8 | koszty Internetu |  |  |  |  |  |
| 9 | koszty materiałów biurowych |  |  |  |  |  |
| 10 | koszty działań informacyjno-promocyjnych |  |  |  |  |  |
| 11 | i inne niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa, jakie: …………………………...………………………………………………………………………………………..…………………………….………………………………. |  |  |  |  |  |

Planowana data rozpoczęcia korzystania z przedłużonego wsparcia pomostowego: ………..

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

Okres określony powyżej, nie przekracza łącznie 12 miesięcy od dnia podpisania Umowy o przyznanie dotacji (łącznie z podstawowym wsparciem pomostowym).

1. OPIS DOTYCHCZASOWYCH DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH NA RZECZ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ORAZ EFEKTY PROWADZENIA DZIAŁANOŚCI GOSPODARCZEJ (w tym m.in. opis aktywności w obszarze prowadzonej działalności gospodarczej, ilość pozyskanych klientów, ilość podpisanych umów i okres ich realizacji, przychody z wykonywanej działalności, liczba kontrahentów/dostawców, ilość posiadanego towaru, itp.)

|  |
| --- |
|  |

1. OPIS ORAZ EFEKTY DOTYCHCZSOWYCH ORAZ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ W ZAKRESIE MARKETINGU PRZEDSIĘBIORSTWA (jakie działania służące promocji zostały podjęte, jak podmiot realizuje marketing obecnie a jak planuje to zorganizować w przyszłości)

|  |
| --- |
|  |

1. OPIS ZARZĄDZANIA PRZEDSIĘBIORSTWEM SPOŁECZNYM, W TYM PODZIAŁU ZADAŃ/RÓL WŚRÓD CZŁONKÓW/PRACOWNIKÓW (informacja o pracownikach, na których zostało przyznane wsparcie pomostowe, opis struktury zatrudnienia z wyszczególnieniem stanowisk, zakresu obowiązków, rodzaju umowy, okresu zatrudnienia od – do, wielkości etatu, regularności płaty składek na ubezpieczenie społeczne, opis ewentualnych zmian w zatrudnieniu i ich przyczyny)

|  |
| --- |
|  |

1. STOPIEŃ REALIZACJI BIZNESPLANU (PRZYCHODY, KOSZTY, ODCHYLENIA):

|  |
| --- |
|  |

1. CZY PRZEDSIĘBIORSTWO MA PROBLEMY Z PŁYNNOŚCIĄ FINANSOWĄ? JESLI TAK, Z CZEGO ONE WYNIKAJĄ I JAKIE DZIAŁANIA ZARADCZE ZOSTAŁY PODJĘTE:

|  |
| --- |
|  |

1. NAJWAŻNIEJSZE CELE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO NA OKRES NAJBLIŻSZYCH 6 M-CY:

|  |
| --- |
|  |

1. UZASADNIENIE POTRZEBY KORZYSTANIA Z PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO

|  |
| --- |
|  |

1. UZASADNIENIE PLANOWANYCH KOSZTÓW W RAMACH PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO (opis powinien uwzględnić każdą kategorię wydatków)

|  |
| --- |
|  |

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 aktualnych umów dot. zatrudnienia poszczególnych pracowników w przedsiębiorstwie społecznym;
2. zaświadczenia o niezaleganiu w odprowadzaniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (ZUS) oraz o opłaceniu podatków (Urząd Skarbowy);
3. bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 5 miesięcy działalności przedsiębiorstwa społecznego;
4. oświadczenie o niekorzystaniu równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza z Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, na pokrycie tych samych wydatków związanych z założeniem i zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym powstałym w ramach Projektu oraz z zatrudnieniem w istniejącym przedsiębiorstwie społecznym (utworzonej poza projektem), na które udzielana jest pomoc de minimis;
5. oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis w roku kalendarzowym, w którym przedsiębiorstwo przystępuje do projektu oraz w poprzedzających go dwóch latach kalendarzowych wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami zaświadczeń o pomocy de minimis, wystawionymi przez podmioty udzielające pomocy;
6. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;
7. inne np. materiały promocyjne (w przypadku gdy przedsiębiorstwo uzna, że ich załączeniu może być istotne w procesie oceny wniosku;

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)