## Zał. nr 1 do umowy o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

**Wniosek o udzielenie wsparcia reintegracyjnego**

Dane PS składającego wniosek:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego/podmiotu ekonomii społecznej** |  |
| **NIP** |  |
| **Numer w KRS lub innej ewidencji lub rejestrze** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Dane kontaktowe (e-mail i nr telefonu)** |  |
| **Łączna wnioskowana kwota wsparcia** |  |
| **Numer rachunku bankowego, na które ma wpłynąć refundacja** |  |
| **Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących wniosku (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email)** |  |

**WNIOSKODAWCA – STATUS PREZDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca** **posiada status przedsiębiorstwa społecznego** | Data uzyskania statusu: |
| **Wnioskodawca nie posiada statusu przedsiębiorstwa społecznego i zobowiązuje się do uzyskania statusu PS przed upływem 6 miesięcy od dnia utworzenia miejsca/miejsc pracy** | Planowana data złożenia wniosku o uzyskanie statusu PS: |

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj/nazwa wydatku wraz z czasem trwania i planowaną datą realizacji** *(np. kurs „Excel dla początkujących” 8h; warsztaty wyjazdowe integracyjne 2 dni, 16h):* | **Dane wykonawcy (nazwa, adres, NIP, nr telefonu)\*\*** | **Kwota wydatku\*\*\*** | **Imię i nazwisko pracownika, któremu dedykowane jest wsparcie:** | **Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu** *(w przypadku zaznaczenia zespołu PS, proszę wskazać liczbę osób, które wezmą udział w usłudze):* |
|  |  |  |  | □ bezpośrednie wsparcie  □ wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |
|  |  |  |  | □ bezpośrednie wsparcie  □ wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |
|  |  |  |  | □ bezpośrednie wsparcie  □ wsparcie zespołu PS - …….. pracowników |

*\* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli*

*\*\* jeśli jest wybrany wykonawca*

*\*\*\* może być orientacyjna, jeśli nie wybrano wykonawcy*

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

*(data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania PS*/*PES przekształcanego w PS)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Wniosek złożony w dniu** |  |
| **Podpis pracownika Operatora przyjmującego wniosek** |  |

Decyzja Operatora (wypełnia OWES):

* przyznano wsparcie reintegracyjne w wysokości ………………………………… zł
* nie przyznano wsparcia reintegracyjnego\*

*\*zaznaczyć właściwe*

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

*(Miejscowość, data) (Podpis i pieczęć osób uprawnionych do reprezentowania Operatora)*

# Zał. nr 1 do Wniosku o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

**Oświadczenie o zgodności zaplanowanych działań**

**z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej objętej wnioskiem z IPR**

……………………………………  
 (miejscowość, data)

Ja, niżej podpisany/-a reprezentujący/-a:

……………………………………………..

……………………………………………..

(Nazwa i NIP Wnioskodawcy)

oświadczam, że zaplanowane działania z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej ujęte we wniosku o wsparcie reintegracyjne są zgodne z Indywidualnym Planem Reintegracyjnym pracownika/-ów oraz zobowiązuje się do udostępnienia IPR specjaliście ds. reintegracji społeczno-zawodowej

☐ **TAK**  ☐ **NIE**

...........................................................

(podpis osoby upoważnionej)

Na podstawie udostępnionych Indywidualnych Planów Reintegracyjnych potwierdzam zgodność Indywidualnego Planu Reintegracyjnego z wnioskiem o wsparcie reintegracyjne

……………………………………………….

Podpis specjalisty ds. reintegracji społeczno-zawodowej