**Załącznik nr 3.4 do Regulaminu świadczenia usług OWES dla subregionu jeleniogórskiego**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PODSTAWOWEGO/ PRZEDŁUŻONEGO[[1]](#footnote-1)
WSPARCIA POMOSTOWEGO** **W RAMACH**

**Osi Priorytetowej** 9 *Włączenie społeczne*

**Działania** 9.4 *Wspieranie gospodarki społecznej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020*

**Projektu** *„OWES dla subregionu jeleniogórskiego”,* współfinansowanego z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |
| --- |
| **Data wpływu Wniosku:** ………….……………………………………………………..**Godzina:** …………………………………………………..……………………………………**Numer referencyjny:** ……………………………………………………………………..**Podpis osoby przyjmującej Wniosek:** ………….……………………………….. |

|  |
| --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY – Uczestnika projektu:** |
| **1. Nazwa/ planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  |
| **2. Forma prawna** |  |
| **3. Zakres planowanej działalności gospodarczej (tj. nazwa i zakres świadczonych usług, np. w oparciu o kody PKD) – dotyczy nowoutworzonych przedsiębiorstw społecznych** |  |
| **4. Adres**  |  |
| **5. NIP**  |  |
| **6. REGON** |  |
| **7. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu/ członkowie grupy inicjatywnej wraz ze wskazaniem ich stanowisk** |  |
| **8. Telefon kontaktowy** |  |
| **9. Adres e-mail** |  |

Ja, niżej podpisany/a:

1. Wnoszę o przyznanie wsparcia szkoleniowo – doradczego ukierunkowanego na wzmocnienie kompetencji biznesowych przedsiębiorstwa społecznego:
2. Wnioskowany zakres szkoleń ....................................
3. Wnioskowany zakres doradztwa ....................................
4. Wnoszę o przyznanie podstawowego/ przedłużonego\* wsparcia pomostowego na łączną kwotę
w wysokości .................................... PLN (słownie: .................................... złotych), zgodnie z załączonym harmonogramem rzeczowo-finansowym.
5. Wnoszę o wypłatę wsparcia finansowego pomostowego w następujący sposób:
6. Liczba utworzonych miejsc pracy w przedsiębiorstwie społecznym ....................................
7. Ilość miesięcy ....................................
8. Wnioskowana miesięczna wysokość wsparcia .................................... PLN (słownie: .................................... złotych)
9. W okresie od dnia .................................... (dd/mm/rrrr) do dnia .................................... (dd/mm/rrrr).
10. Potwierdzam, że data rozpoczęcia działalności gospodarczej w formie przedsiębiorstwa społecznego, to: ....................................
11. Potwierdzam, że data zawarcia *Umowy o przyznanie jednorazowej dotacji na utworzenie miejsca pracy
w przedsiębiorstwie społecznym* to ...................................., nr umowy ....................................[[2]](#footnote-2) (skreślić, jeśli nie dotyczy).
12. Potwierdzam, że wnioskowana forma zabezpieczenia prawidłowej realizacji *Umowy o przyznanie wsparcia pomostowego/ przedłużonego wsparcia pomostowego*\* to:

………………………………………………………………………………………………

1. Przedstawiam plan prowadzenia działalności przedsiębiorstwa społecznego:
2. Terminy i zakres podejmowanych działań w okresie minimum 12 miesięcy prowadzenia działalności
w formie przedsiębiorstwa społecznego to:

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

1. Aktualna sytuacja finansowa prowadzonej działalności w formie przedsiębiorstwa społecznego obejmująca:
2. wykaz przychodów i wydatków w okresie od rozpoczęcia działalności gospodarczej do dnia złożenia wniosku, odstępstwa od realizacji założeń wskazanych z biznesplanie,
3. prognozę sytuacji finansowej na okres 6 miesięcy liczonych od dnia złożenia wniosku,
4. wskazanie problemów z płynnością finansową i ich przyczyn,
5. uzasadnienie konieczności udzielenia wsparcia, tj. informację, w jaki sposób otrzymane wsparcie pomostowe finansowe przyczyni się do odzyskania płynności finansowej:

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

1. Cele, jakie planuje się zrealizować przy wykorzystaniu wnioskowanych środków finansowych oraz wsparcia szkoleniowo – doradczego:

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

Do niniejszego wniosku załączone zostają następujące dokumenty (zgodnie z zapisami § 18, ust. 7 *Regulaminu świadczenia usług Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej dla subregionu jeleniogórskiego*):

1. ….……………………………………………….……………………………………………
2. ….……………………………………………….……………………………………………
3. ….……………………………………………….……………………………………………
4. ….……………………………………………….……………………………………………
5. ….……………………………………………….……………………………………………

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

(miejscowość, data, podpisy Uczestników projektu lub osoby/ osób upoważnionej/ych do reprezentowania podmiotu)

1. **Harmonogram rzeczowo-finansowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Proszę podać planowany termin rozpoczęcia i zakończenia realizacji działań kwalifikowanych, tj. daty rozpoczęcia i zakończenia wykorzystywania środków finansowych, których dotyczy niniejszy wniosek:** | Termin rozpoczęcia: dd/mm/rrrr:Termin zakończenia: dd/mm/rrrr: |
| **Przed przystąpieniem do wypełniania harmonogramu rzeczowo-finansowego proszę określić czy koszty kwalifikowane do dofinansowania są kosztami netto, czy brutto (z VAT).** | **Netto (TAK/NIE)** | **z VAT (TAK/NIE)** |
|  |  |
| **Plan wdrożenia działań** | **Planowany termin poniesienia wydatków od mm/rrrrdo mm/rrrr** | **Lista szczegółowa wydatków kwalifikowalnych – uzasadnienie kosztów wraz z metodologią ich oszacowania** | **Koszt jednostkowy w PLN** | **Ilość jednostek/sztuk planowanych do zakupu** | **Planowany łączny koszt kwalifikowalny w PLN** |
| **Działanie nr 1*****(należy opisać zakres działania****)*  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość działania kwalifikowalnego nr 1** |  |
| **Działanie nr n*****(należy opisać zakres działania****)*  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość działania kwalifikowalnego nr n** |  |
| **Łączna wartość działań kwalifikowalnych (suma od 1 do n)** | **.........................................PLN** |
| **Oczekiwana wielkość wsparcia finansowego** | **............... PLN** | **.............% całkowitych wydatków kwalifikowalnych** |

Wiarygodność powyższych danych potwierdzam/y własnoręcznym podpisem.

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

(miejscowość, data, podpisy Uczestników projektu lub osoby/
osób upoważnionej/ych do reprezentowania podmiotu)

1. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić jedynie w przypadku ubiegania się o przyznanie przedłużonego wsparcia pomostowego. [↑](#footnote-ref-2)