**Załącznik nr 2 do Regulaminu udzielania bezzwrotnego wsparcia finansowego (dotacji) oraz udzielania wsparcia pomostowego**

**WNIOSEK O UDZIELENIE BEZZWROTNEGO WSPARCIA FINANSOWEGO (DOTACJI) I PODSTAWOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO
W RAMACH PROJEKTU „OWES dla subregionu jeleniogórskiego”,**

**w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Priorytet 9 Włączenie społeczne, Działanie 9.4 Wspieranie gospodarki społecznej.**

**Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER WNIOSKU** |  |
| **DATA I GODZINA PRZYJĘCIA WNIOSKU, PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **PRZEZNACZENIE WSPARCIA FINANSOWEGO, O KTÓRE UBIEGAJĄ SIĘ UCZESTNICY/ UCZESTNICZKI PROJEKTU**
 | **LICZBA OSÓB** | **KWOTA ŁĄCZNIE** |
| Dotacja na utworzenie nowego miejsca pracy poprzez założenie przedsiębiorstwa społecznego (bezzwrotne wsparcie finansowe) |  |  |  |
| Dotacja na utworzenie nowego miejsca pracy w istniejącym przedsiębiorstwie społecznym (bezzwrotne wsparcie finansowe) |  |  |  |
| Dotacja na utworzenie nowego miejsca pracy w podmiocie ekonomii społecznej, wyłączenie pod warunkiem przekształcenia tego podmiotu w przedsiębiorstwo społeczne (bezzwrotne wsparcie finansowe) |  |  |  |
| Wsparcie pomostowe w formie finansowej na okres 6 miesięcy (podstawowe) w pełnych złotych |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DANE PODMIOTU, W KTÓRYM UTWORZONE ZOSTANĄ NOWE MIEJSCA PRACY**
 |
| **NAZWA PODMIOTU** (w przypadku nowego PS planowana) | **SIEDZIBA PODMIOTU** (w przypadku nowego PS planowana) ulica, numery, kod pocztowy, miejscowość |
|  |  |
| NIP (jeśli dotyczy) | REGON (jeśli dotyczy) |
|  |  |
| **PRZEDMIOT I ZAKRES GŁÓWNEJ DZIAŁALNOŚCI (UWAGA !!!! zgodnie z aktualnie obowiązującą Polską Klasyfikacją Działalności PKD 2007)** |
| **DZIAŁALNOŚĆ PODSTAWOWA** | Nr PKD: ....................................................................................................................Nazwa PKD.................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **DZIAŁALNOŚĆ INNA: (jeśli dotyczy)** | Nr PKD: ....................................................................................................................Nazwa PKD.................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **DZIAŁALNOŚĆ INNA: (jeśli dotyczy)** | Nr PKD: ....................................................................................................................Nazwa PKD.................................................................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| 1. **LISTA OSÓB, KTÓRE ZOSTANĄ ZATRUDNIONE NA NOWOUTWORZONYCH MIEJSCACH PRACY W PODMIOCIE UBIEGAJĄCYM SIĘ O BEZZWROTNE WSPARCIE FINANSOWE (DOTACJĘ) I/ LUB WSPARCIE FINANSOWE POMOSTOWE NA UTWORZENIE MIEJSC PRACY:**
 |
| LP. | IMIĘ I NAZWISKO | PESEL | DOTACJA | WSPARCIE FINANSOWE POMOSTOWE PODSTAWOWE (W PEŁNYCH ZŁOTYCH) |
| 1 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 2 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 3 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 4 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 5 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 6 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 7 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
| 8 |   | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **NIE/TAK** | **TAK w kwocie …………zł** |
|  |  | **RAZEM[[1]](#footnote-1)** | **………………………. zł** |

|  |
| --- |
| 1. **UZASADNIENIE WSPARCIA FINANSOWEGO POMOSTOWEGO PODSTAWOWEGO (PROSZĘ WSKAZAĆ KATALOG GŁÓWNYCH KOSZTÓW, KTÓRE PLANOWANE SĄ DO POKRYCIA ZE WSPARCIA POMOSTOWEGO ORAZ SZACUNKOWE WARTOŚCI POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII KOSZTÓW, NP. KOSZTY WYNAGRODZEŃ/ ZUS/ PIT, LOKAL, KSIĘGOWOŚĆ, UBEZPIECZENIE SPRZĘTU/ LOKALU, UBEZPIECZENIE OC PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI, ITP.)**
 |
| **KATEGORIA KOSZTU** | **KWOTA BEZ VAT** | **UZASADNIENIE** |
| **Koszty wynagrodzenia, w tym ZUS, PIT** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DANE LIDERA GRUPY, WSKAZANEGO DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU (JEŻELI LIDER DO TEJ PORY NIE BYŁ UCZESTNIKIEM PROJEKTU, TO WRAZ Z WNIOSKIEM JEST ZOBOWIĄZANY DO ZŁOŻENIA „DEKLARACJI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE”):**
 |
| NAZWISKO |  |
| IMIĘ |   |
| DANE DO KORESPONDENCJI | ULICA |   | NUMER DOMU/ LOKALU |   |
| MIEJSCOWOŚĆ |   | KOD POCZTOWY |   |
| NR TELEFONU |   | E-MAIL |   |

**VI. OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/ podpisana oświadczam, iż:

1) jestem osobą uprawnioną do ubiegania się o środki finansowe na utworzenie miejsca pracy w nowo tworzonym przedsiębiorstwie społecznym, istniejącym przedsiębiorstwie społecznym lub podmiocie ekonomii społecznej po jego przekształceniu w przedsiębiorstwo społeczne, zgodnie z zapisami Regulaminu udzielania bezzwrotnego wsparcia finansowego (dotacji) oraz udzielania wsparcia pomostowego;

2) zapoznałem/ zapoznałam się z przyjętym Regulaminem udzielania bezzwrotnego wsparcia finansowego (dotacji) oraz udzielania wsparcia pomostowego oraz w pełni go akceptuję*.*

**Do niniejszego Wniosku załączam następujące dokumenty, które stanowią jego integralną część:**

1. Biznesplan zgodny ze wzorem Załącznika nr 1*.*
2. Budżet zgodny ze wzorem Załącznika nr 2*.***.**
3. Oświadczenie osoby*,*która zostanie zatrudniona na nowo utworzonym stanowisku pracy,
w szczególności potwierdzające spełnienie przesłanek, o których mowa w Wytycznych
w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa
z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.
4. Oświadczenie o posiadaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego **– jeśli dotyczy.**
5. Oświadczenie o pomocy de minimis **– jeśli dotyczy.**
6. Oświadczenie podmiotu ekonomii społecznej niebędącego przedsiębiorstwem społecznym, o przekształceniu się w przedsiębiorstwo społeczne w celu uzyskania bezzwrotnego wsparcia finansowego (dotacji) na utworzenie miejsca pracy – **jeśli dotyczy**.
7. Oświadczenie przedsiębiorstwa społecznego/ podmiotu ekonomii społecznej dotyczące zatrudnienia osób na nowo utworzonych stanowiskach pracy – **jeśli dotyczy**.
8. Sprawozdanie finansowe za ostatni zamknięty rok obrotowy (w przypadku, gdy podmiot zgodnie z obowiązującymi przepisami nie sporządził sprawozdania – dokumentację finansową za okres od dnia powstania tego podmiotu) oraz oświadczenie o niezaleganiu z opłatami publicznoprawnymi, tj. opłatami na ubezpieczenia społeczne (ZUS) i podatkowymi (US) – **jeśli dotyczy**.
9. Oświadczenie o niekaralności karą zakazu dostępu do środków publicznych.
10. W przypadkach uzasadnionych specyfiką działalności przedsiębiorstwa społecznego, na żądanie Realizatora – dokumenty i dodatkowe wyjaśnienia związane z planowaną działalnością (w szczególności w zakresie zagadnień związanych z lokalem, zezwoleniami, pozwoleniami i koncesjami na działalność, itp.).

**Ja niżej podpisany/ podpisana potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych. Jednocześnie jestem świadomy/ świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | DATA | PODPIS OSOBY PLANOWANEJ DO ZATRUDNIENIA W PODMIOCIE |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| PODPIS LIDERA GRUPY WSKAZANEGO WE WNIOSKU: |  |
| PODPISY OSÓB REPREZENTUJĄCYCH PODMIOT UBIEGAJĄCY SIĘ O WSPARCIE (JEŚLI DOTYCZY): |  |

1. Kwota razem powinna być równa sumie wydatków kwalifikowanych działań planowanych do zrealizowania w Biznesplanie. [↑](#footnote-ref-1)