*Załącznik nr 18 do Regulaminu przyznawania środków finansowych*

WNIOSEK O PRZYZNANIE PODSTAWOWEGO

 WSPARCIA POMOSTOWEGO

**Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020**

**Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne**

**Działanie 11.3 Wspieranie przedsiębiorczości społecznej i integracji zawodowej**

**w przedsiębiorstwach społecznych
oraz ekonomii społecznej i solidarnej w celu ułatwienia dostępu do zatrudnienia**

**Poddziałanie 11.3.1 Wsparcie przedsiębiorczości społecznej**

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

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

**DANE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO DO KTÓREGO PRZYSTĘPUJE OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O PODSTAWOWE WSPARCIE POMOSTOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorstwa społecznego |  |
| Status prawny (np. spółdzielnia socjalna) |  |
| Numer 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 PODSTAWOWE WSPARCIE POMOSTOWE:** |
| **Lp.** | **imię i nazwisko** | 1. **PESEL;**
2. **seria i numer dowodu osobistego;**
3. **wydany przez…**
 | **miejsce zamieszkania – ulica, miejscowość, powiat** | **podstawa/y zakwalifikowania do wsparcia** (np. długotrwałe bezrobocie, III profil bezrobocia, niepełnosprawność – zgodnie z katalogiem) | 1. **stanowisko;**
2. **forma zatrudnienia**  (np. umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę, zlecenia)**;**
3. **wymiar czasu pracy**
 | **data zatrudnienia (rozpoczęcia pracy)** | **data i podpis osoby zatrudnionej** |
| **1.** |  |  |  |  | **1.****2.****3.** |  |  |
|
| **2.** |  |  |  |  | **1.****2.****3.** |  |  |
|
| **3.** |  |  |  |  | **1.****2.****3.** |  |  |
|
| **4.** |  |  |  |  | **1.****2.****3.** |  |  |
|
| **5.** |  |  |  |  | **1.****2.****3.** |  |  |
|

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 roku 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:

***podstawowego wsparcia finansowego*** na łączną kwotę w wysokości ………………………….…………… PLN (słownie złotych: …………………..……………), w formie comiesięcznej pomocy w wysokości ……………………….… PLN (słownie złotych: ……….…………..……………) wypłacanej przez okres 6 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. 1.850 zł/m-c) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

**Kategorie wydatków:**

1. koszty ZUS, podatków od wynagrodzeń, innych pochodnych od wynagrodzeń pracowników zatrudnianych w ramach projektu;
2. wynagrodzenie pracowników zatrudnionych w ramach projektu;
3. ubezpieczenie majątkowe zakupów środków trwałych i wyposażenia z dotacji o wartości jednostkowej powyżej 1.000,00 zł;
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. zakup wyposażenia (niezbędnego do prowadzonej działalności) lub wartości niematerialnych
i prawnych – każdorazowo do akceptacji przez Operatora;
13. inne niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa społecznego (wymienić jakie):………………………………………………………………………………………………………………………………………

Planowana data rozpoczęcia korzystania z podstawowego wsparcia pomostowego ………………………………….

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*)

|  |
| --- |
|  |

My, niżej podpisani, potwierdzamy prawdziwość informacji podanych we Wniosku.

Jednocześnie jesteśmy świadomi odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.

Oświadczamy, że wsparcie pomostowe wydatkowane będzie wyłącznie w celu sfinansowania podstawowych kosztów funkcjonowania i rozwoju.

|  |  |
| --- | --- |
| ........................................................................Data i Podpis osoby zatrudnionej | ........................................................................Data i Podpis osoby zatrudnionej |
| ........................................................................Data i Podpis osoby zatrudnionej | ........................................................................Data i Podpis osoby zatrudnionej |
| ........................................................................Data i Podpis osoby zatrudnionej |  |

**Pieczęć firmowa oraz podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu (zgodnie z KRS):**

* + - 1. ...............................................................................................................................

(*imię i nazwisko) (funkcja) (podpis)*

* + - 1. ................................................................................................................................

(*imię i nazwisko) (funkcja) (podpis)*

* + - 1. .................................................................................................................................

(*imię i nazwisko) (funkcja) (podpis)*

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

*(pieczęć firmowa) (miejscowość i data)*