**Załącznik nr 20 do Regulaminu Funduszu Przedsiębiorczości Społecznej  
-Wniosek o przyznanie przedłużonego wsparcia pomostowego**

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 Nidzicy”***

|  |  |
| --- | --- |
| - Wniosek należy wypełnić komputerowo.  - pola, w których nie będą wpisane informacje należy przekreślić lub wpisać „nie dotyczy”.  - wniosek złożony po terminie zostanie odrzucony i nie będzie rozpatrywany.  - wniosek oraz pozostałe załączniki muszą być podpisane przez reprezentację podmiotu zgodnie z krs.  - kopie dokumentów należy potwierdzić „za zgodność z oryginałem” lub „za zgodność z oryginałem od str… do str…”, wraz z podpisem. | |
| **NUMER WNIOSKU** |  |
| **DATA I GODZINA ZŁOŻENIA WNIOSKU** |  |
| **MIEJSCE ZŁOŻENIA WNIOSKU** |  |
| **CZYTELNY PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO UBIEGAJĄCEGO 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 |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJA NA TEMAT OSÓB, NA KTÓRE ZOSTANIE PRZYZNANE PRZEDŁUŻONE WSPARCIE POMOSTOWE** | | | | |
| L.p. | Nazwisko i imię | Miejsce zamieszkania – miejscowość, powiat | Stanowisko, forma zatrudnienia, wymiar etatu  (1-6 miesiąc) | Stanowisko, forma zatrudnienia, wymiar etatu  (7-12 miesiąc) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ***INFORMACJA O WYSOKOŚCI ETATU POSZCZEGÓLNYCH OSÓB.*** | | | |
| *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****:*  **Wsparcia finansowego na łączną kwotę w wysokości**       **(słownie**       **złotych), w formie miesięcznej pomocy, wypłacanej w transzach, zgodnie z kwotą przypadającą do wymiaru etatu dla Uczestnika Projektu, wypłacanej przez okres**       **miesięcy od dnia podpisania umowy.** | | | |
| Lp. | PRACOWNIK UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA WSPARCIA POMOSTOWEGO | Wymiar etatu, zgodnie z zawartą umową o pracę | |
| Powyżej ½ etatu  – 1 500 zł netto | Do wysokości ½ (włącznie) etatu – 1 000 zł netto |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| *6.* |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJA O WYSOKOŚCI WSPARCIA POMOSTOWEGO, O KTÓRE UBIEGA SIĘ PRZEDSIĘBIORSTWO SPOŁECZNE** | | | | |
| Okres korzystania z przedłużonego wsparcia pomostowego: od       do | | | | |
| Okres określony powyżej, nie przekracza łącznie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego. | | | | |
| **L.P.** | **KATEGORIA WYDATKÓW** | **W OKRESIE OD 7 DO 12 MIESIĄCA** | | **MIESIĄC/MIESIĄCE  I ROK, W KTÓRYM WYDATEK BĘDZIE PONIESIONY** |
| **MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ WYDATKU** | **SPOSÓB WYLICZENIA**  **(NP. ILOŚCI UP \* X ZŁ KOSZTÓW ZUS W DANYM MIESIĄCU)** |
| 1. | **Koszty ZUS, podatków od wynagrodzeń, innych pochodnych od wynagrodzeń pracowników (Uczestników Projektu)** |  |  |  |
| 2. | **Ubezpieczenie majątkowe zakupów z dotacji** – jeśli Operator zażąda przedstawienia polisy (zgodnie z Rozdziałem VI pkt 19 Regulaminu Funduszu Przedsiębiorczości Społecznej); |  |  |  |
| 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[[1]](#footnote-1)** |  |  |  |
| 7. | **Koszty usług prawnych[[2]](#footnote-2)** |  |  |  |
| 8. | **Koszty Internetu** |  |  |  |
| 9. | **Koszty materiałów biurowych** |  |  |  |
| 10. | **Koszty działań informacyjno- promocyjnych** |  |  |  |
| 11. | **Inne niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa; wymienić, jakie:** |  |  |  |
| **Uzasadnienie**[[3]](#footnote-3): | | | |

|  |
| --- |
| 1. **NAJWAŻNIESZE CELE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO NA OKRES 6 MIESIĘCY OD MOMENTU UZYSKANIA PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **STOPIEŃ REALIZACJI BINZESPLANU (przychody, koszty, odchylenia)** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **DOTYCHCZASOWA DZIAŁALNOŚĆ PS[[4]](#footnote-4) (efekty, ilość podpisanych umów, liczba kontrahentów, sposób zarządzania) – *doradcy biznesowego*** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **PŁYNNOŚĆ FINANSOWA – ZAISTNIAŁE PROBLEMY, PODEJMOWANE ŚRODKI ZARADCZE, EFEKTY PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **UZASADNIENIE PLANOWANYCH WYDATKÓW W RAMACH PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO** |
|  |

**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 (US);
3. Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 5 miesięcy działalności przedsiębiorstwa społecznego;
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis; – **Załącznik nr 3**
5. Oświadczenie dotyczące pomocy publicznej – **Załącznik nr 4**
6. Inne np. materiały promocyjne (w przypadku, gdy przedsiębiorstwo uzna, że ich załączenie może być istotne w procesie oceny wniosku);

**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.**



**Czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu:**

**……………………………………………………**

Pieczątka podmiotu

1. .................................................................................................................
2. .................................................................................................................
3. .................................................................................................................

………………………………………..…………….., ………………………………..…………

miejscowość data

1. Należy w pierwszej kolejności korzystać z usług dostępnych w ramach projektu OWES. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy w pierwszej kolejności korzystać z usług dostępnych w ramach projektu OWES. [↑](#footnote-ref-2)
3. Uzasadnienie konieczności poniesienia wydatków z kategorii „Inne wydatki niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa” określonych w katalogu wydatków wraz z metodologią i ich oszacowaniem [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnia Doradca Biznesowy. [↑](#footnote-ref-4)