***Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielania wsparcia reintegracyjnego***

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**

**-** dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Wniosku** |  |
| **Data i miejsce złożenia wniosku:** |  |

**WNIOSKODAWCA - DANE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego/ podmiotu ekonomii społecznej**  |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Dane teleadresowe** (nr telefonu, adres email, strona www) |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer w KRS lub w innej ewidencji lub rejestrze** |  |
| **Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących wniosku** (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email) |   |

**WNIOSKODAWCA – STATUS PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca posiada status przedsiębiorstwa społecznego**  | Data uzyskania statusu PS:  |
| **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 – LICZBA OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób planowanych do objęcia wsparciem reintegracyjnym** (wraz ze wskazaniem formy i wymiaru zatrudnienia) |  |
| **Czy osoba/osoby planowana/e do objęcia wsparciem reintegracyjnym spełnia/ją przesłanki zgodnie z art. 2 pkt 6 lit. b), d), e), g), h), i), l) ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej)** | 🞏 tak🞏 nie |
| **Liczba miejsc pracy w PES/PS na dzień składania wniosku** (wraz ze wskazaniem formy i wymiaru zatrudnienia) |  |
| **Wnioskowana kwota wsparcia** |  |
| **Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis (wypełnia OWES)** | 🞏 tak🞏 nie 🞏 częściowo  |

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wydatku**  | 🞏 Wsparcie specjalistów.🞏 Wsparcie edukacyjne.🞏 Wsparcie integracyjne.🞏 Wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym.🞏 Inne. |
| **Cena netto i brutto**(należy wskazać przedział cenowy tego typu usług na podstawie rozpoznania minimum 3 ofert do każdego rodzaju usług z PZS lub innego podmiotu zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie) |  |
| **Nazwa i opis planowanego wydatku** (należy przedstawić krótki opis, liczbę godzin/dni, koszt jednostkowy, w tym koszt jednostkowy na każdą osobę objętą wsparciem, kalkulacja kosztów, szczegóły dotyczące ewentualnej cykliczności, itp) |  |
| **Uzasadnienie zaplanowanych form wsparcia zgodnie z założeniami zawartymi w Indywidualnych planach reintegracyjnych** |  |
| **Dane potencjalnego wykonawcy** (nazwa, adres, NIP, mail, nr telefonu) |  |
| **Data rozpoczęcia i zakończenia wsparcia** |  |
| **Miejsce realizacji wsparcia** (jeśli jest znane) |  |
| **OŚWIADCZENIA:** |
| W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że:1. zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia reintegracyjnego
 |

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

 (miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy

 zgodnie ze sposobem reprezentacji)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 2.4)** | **tak/ nie/ nie dotyczy**  |
| **2** | **Oświadczenie o pomocy de minimis (załącznik nr 2.5)** | **tak/ nie/ nie dotyczy** |
| **3** | **Oferty potencjalnych wykonawców (screenshot, e-maile, itp.)** | **tak/ nie/ nie dotyczy** |
| **4** | **Indywidualny Plan Reintegracji –Część II Plan działania kopia potwierdzona za zgodność**  | **tak/ nie/ nie dotyczy** |
| **5** |  |  |

**DECYZJA REALIZATORA:**

|  |
| --- |
| **OPINIA SPECJALISTY/STKI DS. REINEGRACJI (wypełnia OWES)** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Data i podpis  |

 |
| **DECYZJA REALIZATORA (wypełnia OWES)** |
| * Udzielam wsparcia:

 🞏 we wnioskowanej kwocie 🞏 w obniżonej kwocie ………………………….. PLN* Nie udzielam wsparcia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Data i podpis Realizatora |

 |
|  |