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

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA REINEGRACYJNEGO**

**- finansowanie lub** dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

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

**WNIOSKODAWCA - DANE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  |
| **Numer decyzji nadania statusu PS** |  |
| **Data uzyskania statusu PS** |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Dane teleadresowe** (nr telefonu, adres email, strona www) |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer w KRS** |  |
| **Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących wniosku** (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email) |  |

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – LICZBA OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób planowanych do objęcia wsparciem reintegracyjnym, które 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)** (wraz ze wskazaniem formy i wymiaru zatrudnienia) |  |
| **Wnioskowana kwota wsparcia brutto** |  |
| **Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis (wypełnia OWES)** | **🞏 tak**  **🞏 nie**  **🞏 częściowo** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena 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) |  |
| **Planowana 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 - finansowanie lub dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego** | |

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

(miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy

zgodnie ze sposobem reprezentacji)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa załącznika:** | **Ilość załączników:** |
| **1** | **Min. 3 oferty potencjalnych wykonawców (screenshot, e-maile, itp.)** |  |
| **2** | **Załącznik nr 2.2 Oświadczenie Odbiorcy wsparcia o wysokości otrzymanej pomocy de minimis.** | **tak** |
| **3** | **Załącznik 2.3.Formularz informacji, przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. Dz.U nr 53 z 2010 r. poz. 311 ze zmianami).** | **tak** |
| **4** | **Załącznik nr 2.4.Oświadczenie Odbiorcy wsparcia o braku obowiązku zwrotu pomocy w wyniku decyzji podjętej przez Komisję Europejską** | **tak** |
| **5** | **Indywidualny Plan Reintegracji – Część II Plan działania kopia potwierdzona za zgodność** | **tak** |
| **6** | **Zaświadczenie o niezaleganiu z ZUS (nie starsze niż 3 miesiące)** | **tak** |
| **7** | **Zaświadczenie o niezaleganiu z US (nie starsze niż 3 miesiące)** | **tak** |
| **8** | **Decyzja o nadanie statusu PS przez Wojewodę** | **tak** |

**DECYZJA REALIZATORA:**

|  |
| --- |
| **OPINIA SPECJALISTY/STKI DS. REINTEGRACJI (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 | |
|  |

Załącznik nr 2.2

**……………………….**

**……………………….**

**……………………….**

**INFORMACJA O UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS***

**Zestawienie pomocy publicznej otrzymanej w okresie**

**od dnia ………… do dnia ………….**

*(wstawić datę ubiegania się o pomoc)*

Oświadczam, że suma wartości pomocy wliczanej do pomocy *de minimis*,

otrzymana przez (*nazwa podmiotu- odbiorcy wsparcia reintegracyjnego*):

………………………………………...........…..........................................................................................................................  
w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, wynosi brutto....................................... PLN,   
co stanowi równowartość .....................................EUR. Na sumę tę składa się pomoc uzyskana z następujących tytułów[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w [PLN]** | **Wartość wliczana do *de minimis***  **[euro]** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

Można udzielić pomocy *de minimis* do wysokości ........................................................ euro brutto.

Dane osoby upoważnionej do występowania w imieniu podmiotu:

miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**czytelny podpis**

*(imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń w imieniu odbiorcy wsparcia reintegracyjnego)*

Załącznik nr 2.4

**………………………..**

**………………………..**

**………………………..**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU OBOWIĄZKU ZWROTU POMOCY**

**W WYNIKU DECYZJI PODJĘTEJ PRZEZ KOMISJĘ EUROPEJSKĄ**

W związku z ubieganiem się przez podmiot o udzielenie wsparcia ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027

Priorytet: 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, 8.22 Ekonomia społeczna w projekcie pn. „OWES TŁOK3”

oświadczam, że ż **nie ciąży na podmiocie obowiązek zwrotu pomocy** wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

Ja, niżej podpisany, jestem świadom odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 271 kodeksu karnego, dotyczącego poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**czytelny podpis**

*(imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń w imieniu odbiorcy wsparcia reintegracyjnego)*

1. Należy wypełnić lub załączyć aktualny wydruk z SUDOP. [↑](#footnote-ref-1)