

WNIOSEK
O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO
- dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

Nr Wniosku	
Data i miejsce złożenia wniosku:	

WNIOSKODAWCA - DANE:

Nazwa PS	
Adres siedziby	
Dane teleadresowe	
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)	
Data uzyskania statusu PS	
Cel działalności przedsiębiorstwa społecznego - zgodnie z wykazem przedsiębiorstw społecznych	<input type="checkbox"/> reintegracja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym
	<input type="checkbox"/> realizacja usług społecznych
Liczba <u>nowych</u> pracowników planowanych do objęcia wsparciem reintegracyjnym (Imię i nazwisko wraz ze wskazaniem wymiaru i daty 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)¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

¹ Weryfikuje OWES na podstawie dostępnej dokumentacji projektowej. W przypadku PS, które nie korzystały z dofinansowania na utworzenie i utrzymanie nowych miejsc pracy, należy dostarczyć dokumentację weryfikującą spełnienie przesłanek.



Wnioskowana kwota wsparcia	
Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis (wypełnia OWES)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> częściowo

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ:

Czas realizacji działań w ramach wsparcia (zgodnie z IPR)	od.....do.....
W jaki sposób planowane we wniosku wsparcie przyczyni się do realizacji działań związanych z reintegracją społeczną i zawodową pracownika - planowane efekty.	
Uzasadnienie zaplanowanych form wsparcia zgodnie z założeniami zawartymi w Indywidualnych planach reintegracyjnych	

Zestawienie kosztów wsparcia							
Rodzaj kosztu	J.m.	Koszt jednostkowy netto	Koszt jednostkowy brutto	Ilość	Łączny koszt netto	Łączny koszt brutto	Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu PS
							<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie
							<input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS
							<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie
							<input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS
							<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie
							<input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS
Planowany łączny koszt wsparcia reintegracyjnego							



OŚWIADCZENIA:

W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia reintegracyjnego
2. zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Fundacja na rzecz Collegium polonicum informuje, że pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Zielonej Górze” (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 tzw. RODO) znajduje się na stronie internetowej owes.zgora.pl w zakładce „Do pobrania”.
3. Rodzaje i formy wsparcia reintegracyjnego wskazane w niniejszym wniosku są zgodnie z założeniami zawartymi w indywidualnym planie reintegracyjnym pracownika/cy/-ów/-czek uprawnionego/j do wsparcia
4. Oświadczam, że w przypadku zadań przewidzianych do realizacji i wydatków przewidzianych do poniesienia w ramach wniosku nie występuje podwójne finansowanie ze wsparciem finansowym na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w PS oraz środkami w ramach Krajowego Planu Odbudowy i resortowych programów wspierania ekonomii społecznej (np. Przedsiębiorstwo Społeczne + na lata 2023-2025).
5. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
6. Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku, w tym o ustaniu zatrudnienia pracownika/cy uprawnionego/j do wsparcia lub zmianie zakresu wsparcia.

Załączniki

1.	Oferty potencjalnych wykonawców (screenshot, e-maile, itp.) - minimum 2 oferty do każdego rodzaju wsparcia
2.	Indywidualny plan reintegracyjny pracownika, który ma być objęty finansowym wsparciem reintegracyjnym (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)
3.	Zaświadczenie, potwierdzające spełnienie przez osobę, na którą wnioskowane jest wsparcie warunków, o których mowa w §3 pkt. 3 Regulaminu udzielania wsparcia reintegracyjnego <u>(tylko w przypadku, gdy wsparcie dot. osoby, na którą PS nie otrzymało wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w PS)</u>
4.	Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 4 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym)
5.	Oświadczenie o pomocy de minimis (załącznik nr 5 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy
zgodnie ze sposobem reprezentacji)



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu

DECYZJA REALIZATORA:

DECYZJA REALIZATORA w oparciu o opinię specjalisty/-ki ds. reintegracji (wypełnia OWES)	
<input type="checkbox"/> Udzielam wsparcia:	
<input type="checkbox"/> we wnioskowanej kwocie	
<input type="checkbox"/> w obniżonej kwocie PLN	
<input type="checkbox"/> Nie udzielam wsparcia	
<hr/>	
Data i podpis Realizatora	