*Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielania wsparcia reintegracyjnego*

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**

**-** dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Wniosku** |  |
| **Data i miejsce zło**ż**enia 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** | * reintegracja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym |
| * realizacja usług społecznych |
| Liczba nowych 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]](#footnote-1) | * tak * nie |
| Wnioskowana kwota wsparcia |  |
| Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis (wypełnia OWES) | □ tak  □ nie  □ 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  bezpośrednie wsparcie |
|  wsparcie zespołu PS |
|  |  |  |  |  |  |  |  bezpośrednie wsparcie |
|  wsparcie zespołu PS |
|  |  |  |  |  |  |  |  bezpośrednie wsparcie |
|  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 (tylko w przypadku, gdy wsparcie dot. osoby, na którą PS nie otrzymało wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w PS) |
| 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)

**DECYZJA REALIZATORA:**

|  |
| --- |
| **DECYZJA REALIZATORA w oparciu o opinię specjalisty/-ki ds. reintegracji (wypełnia OWES)** |
| * Udzielam wsparcia:   □ we wnioskowanej kwocie  □ w obniżonej kwocie ………………………….. PLN   * Nie udzielam wsparcia  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | Data i podpis Realizatora | |

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. [↑](#footnote-ref-1)