**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 naboru 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** |  |

 */Wypełnia pracownik biura projektu/*

|  |
| --- |
| 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** |       | **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 comiesięcznej pomocy, 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 utworzenia stanowiska pracy.  |
| **L.p.** | **Kategoria wydatków** | **w okresie 7 do 12 miesiąca** | **miesiąc/miesiące i rok, w którym wydatek będzie poniesiony** |
| **miesięczna szacunkowa 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 20 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***
 |
|       **…………………………………………** **Podpis doradcy** |

|  |
| --- |
| 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 dotyczących 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[[5]](#footnote-5);
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. Operator dopuszcza możliwość złożenia opisu dotychczasowej działalności PS, jako **dodatkowego** dokumentu załączonego do przedmiotowego wniosku. – w sekcji VII należy wówczas dodać „zgodnie z opinią doradcy biznesowego z dnia …..”. [↑](#footnote-ref-4)
5. Operator dopuszcza możliwość złożenia innego dokumentu finansowego o równoważnej wartości dowodowej. [↑](#footnote-ref-5)