Załącznik nr 8 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego i wsparcia pomostowego

przez OWES w projekcie współfinansowanym w ramach EFS

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku** |  |
| **Data przesłania/ złożenia[[1]](#footnote-1) wniosku** |  |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA POMOSTOWEGO[[2]](#footnote-2)**

**w ramach projektu „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Mazowsza Płockiego”**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorstwa społecznego |  |
| Dane teleadresowe przedsiębiorstwa społecznego |  |
| Numer KRS |  |
| Numer NIP |  |
| Numer REGON |  |
| Osoba/-y uprawnione do reprezentacji przedsiębiorstwa społecznego |  |

Zgodnie z rozporządzeniem Rozporządzenia Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Infrastruktury i Rozwoju w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014–2020z dnia 11 maja 2022 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 1219) wnoszę/wnosimy o przyznanie:

* finansowego wsparcia pomostowego w łącznej kwocie …………………… zł dla ……….. pracowników, zgodnie z wykazem zamieszczonym w tabelach.

Średniomiesięczna kwota wsparcia dla każdego z pracowników dotacyjnych: ……………………. zł przez okres: ……. miesięcy.

**DANE OSÓB ZATRUDNIANYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM, OBJĘTYCH FINANSOWYM WSPARCIEM POMOSTOWYM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwota wnioskowana**  **(maksymalnie**  **1 200 zł/osobę/m-c)** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| **RAZEM** | |  |

**WYDATKI PLANOWANE W RAMACH FINANSOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie wydatku** | **Uzasadnienie wydatku** |
| 1 | 2 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* specjalistycznego wsparcia merytorycznego polegającego na pomocy w funkcjonowaniu przedsiębiorstwa społecznego na rynku poprzez podnoszenie wiedzy i rozwijanie umiejętności potrzebnych do prowadzenia i rozwijania przedsiębiorstwa społecznego. Zakres wsparcia szkoleniowo-doradczego, zgodnie z wykazem tabeli

|  |  |
| --- | --- |
| **Tematyka** | **Uzasadnienie** |
| 1 | 2 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

………………………………………………………………………………………………………………………………

*Pieczęć przedsiębiorstwa społecznego i podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentacji PS*

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

*Miejscowość, data*

**Do wniosku należy załączyć:**

1. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego zgłoszenie w ZUS/KRUS pracowników, na którego będzie wypłacona dotacja (*dokument może być dostarczony po zatrudnieniu pracownika i zgłoszeniu do ZUS/KRUS);*
2. Zobowiązanie dot. zapewnienia trwałości utworzonego miejsca pracy *(Załącznik nr 1);*
3. Oświadczenie o niezaleganiu ze składkami na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne *(Załącznik nr 2);*
4. Oświadczenie o niezaleganiu z uiszczaniem podatków *(Załącznik nr 3).*

*Załącznik nr 1 do wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego*

**ZOBOWIĄZANIE DOTYCZĄCE ZAPEWNIENIA TRWAŁOŚCI UTWORZONEGO MIEJSCA PRACY**

W związku ze złożonym Wnioskiem o przyznanie wsparcia pomostowego w ramach projektu „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Mazowsza Płockiego”, oświadczam, że:

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

*(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)*

zobowiązuje się do zapewnienia trwałości utworzonych/-ego miejsc/-a pracy przez okres 6 miesięcy od zakończenia wsparcia pomostowego w formie finansowej dla *niżej wymienionych osób (imię, nazwisko i adres zamieszkania)*:

1. ………...................................................................................................................................................................................
2. ………..................................................................................................................................................................................
3. ………...................................................................................................................................................................................
4. ………...................................................................................................................................................................................
5. ………...................................................................................................................................................................................
6. ………...................................................................................................................................................................................

Jednocześnie oświadczam/-y, iż przedsiębiorstwo społeczne jest świadome faktu, że w okresie trwałości utworzonych/-ego miejsc/-a pracy zakończenie stosunku pracy z osobą zatrudnioną, na nowo utworzonym miejscu pracy może nastąpić wyłącznie z przyczyn leżących po stronie pracownika, przy czym nie może się to wiązać z likwidacją miejsca pracy.

W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy z pracownikiem,

.................................................................................................................................................................................................................

*(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)*

Zobowiązuje/-my się do zatrudnienia osoby/osób, spełniającej/-ych wymogi zawarte w Regulaminie udzielania dotacji i wsparcia pomostowego przez OWES w projekcie współfinansowanym w ramach EFS, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni kalendarzowych od daty rozwiązania umowy z pracownikiem/-ami, którego/-ych dotyczy niniejsze oświadczenie.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………. | …………………………………………………. |
| *Miejscowość, data* | *Podpis osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentowania przedsiębiorstwa społecznego* |

*Załącznik nr 2 do wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego*

**OŚWIADCZENIE**

**O NIEZALEGANIU ZE SKŁADKAMI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE**

Oświadczam, że …………………………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)*

nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz innych należności wymaganych odrębnymi ustawami.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………. | …………………………………………………. |
| *Miejscowość, data* | *Podpis osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentowania przedsiębiorstwa społecznego* |

*Załącznik nr 3 do wniosku o przyznanie wsparcia pomostowego*

**OŚWIADCZENIE**

**O NIEZALEGANIU Z UISZCZANIEM PODATKÓW**

Oświadczam, że …………………………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)*

nie zalega z uiszczaniem podatków wobec Skarbu Państwa.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………. | …………………………………………………. |
| *Miejscowość, data* | *Podpis osoby/osób upoważnione/-ych do reprezentowania przedsiębiorstwa społecznego* |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić jasne pola. Ciemne pola wypełnia OWES. [↑](#footnote-ref-2)