**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

w projekcie **„*OWES subregionu Centralno-Wschodniego*”**

realizowanym w ramach Osi priorytetowej IX Włączenie społeczne

Działanie: 9.3. Rozwój ekonomii społecznej w regionie,
Poddziałanie 9.3.1 Wsparcie sektora ekonomii społecznej – konkurs,

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Nr Umowy z Instytucją Zarządzającą[[1]](#footnote-1) o dofinansowanie projektu:

UDA-RPSL.09.03.01-24-0036/18-00

|  |
| --- |
| **Nr Wniosku:** …………………………............................................**Data złożenia wniosku:** ………………………………......................Powyższe dane wypełnia Beneficjent |

1. Dane Wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa  |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Nr KRS |  | NIP |  |
| Telefon |  | E-mail |  |

1. Wnoszę o przyznanie przedłużonego wsparcia pomostowego na łączną kwotę w wysokości:

……………………………………………. PLN NETTO (słownie:…………………………………………………………………………………) w okresie sześciu miesięcy tj. od 7 do 12 miesiąca po otrzymaniu podstawowego wsparcia pomostowego
z uwzględnieniem poniższych informacji:

Okres wsparcia: od ……*dd.mm.rrrr*….. do ………… *dd.mm.rrrr* ………..

Ilość rat: ……………………………

Wysokość wsparcia finansowego netto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer raty | Kwota na osobę | Liczba osób | Razem |
| 1. | …………………. zł | ……. | ……………. zł |
| 2. | …………………. zł | ……. | ……………. zł |
| 3. | …………………. zł | ……. | ……………. zł |
| 4. | …………………. zł | ……. | ……………. zł |
| 5. | …………………. zł | ……. | ……………. zł |
| 6. | …………………. zł | ……. | ……………. zł |
| **Suma:** | **……………. zł** |

Średniomiesięczna wysokość wsparcia finansowego netto na jedno miejsce pracy wynosi: ………………….. zł

1. Numer oraz data zawarcia Umowy o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego: …………………….
2. Wnioskowana forma zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o przyznanie przedłużonego wsparcia pomostowego : …………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. Informacje na temat osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie społecznym:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Wymiar czasu pracy wraz z datą graniczną obowiązywania umowy  | Zakres obowiązków |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |

1. Należy opisać stopień realizacji planowanych w biznes planie założeń dotyczących przychodów i kosztów przedsięwzięcia, aktualną sytuację finansową przedsiębiorstwa społecznego, w tym przyczyny problemów
z płynnością finansową oraz wykazać w jaki sposób fakt otrzymania przedłużonego wsparcia pomostowego przyczyni się do odzyskania/utrzymania płynności finansowej podmiotu:

|  |
| --- |
|  |

1. Załączniki:
2. Oświadczenia Wnioskodawcy (Załącznik nr 1),
3. Harmonogram przedłużonego wsparcia pomostowego (Załącznik nr 2),
4. Bilans/uproszczony bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie 3 m-ce lub zestawienie przychodów i kosztów za ostatnie 3 miesiące prowadzonej działalności,
5. Wydruk elektroniczny z KRS potwierdzający uprawnienia do reprezentowania podmiotu,
6. Dane o pomocy de minimis,
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc  de minimis.

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

Miejscowość i data Podpis/y Wnioskodawcy

**Załącznik nr 1 OŚWIADCZENIA**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA WNISOKODWACY** **podpisywane zgodnie z reprezentacją** |
| Ja niżej podpisany/a: ..................................................... (imię i nazwisko)zamieszkały/a: ............................................................................................................................................................................................................................................. (adres zamieszkania)legitymujący/a się dowodem osobistym: .......................................................................................(seria i numer)wydanym przez: ............................................................…………………………………………………………………………………… | Ja niżej podpisany/a: ..................................................... (imię i nazwisko)zamieszkały/a: ............................................................................................................................................................................................................................................. (adres zamieszkania)legitymujący/a się dowodem osobistym: .......................................................................................(seria i numer)wydanym przez: ............................................................…………………………………………………………………………………… |
| OŚWIADCZAM, ŻE: | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |
| 1. W roku bieżącym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych podmiot korzystał z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiega, nie przekracza równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku wsparcia działalności w sektorze transportu drogowego - równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. Wartość otrzymanej dotychczas pomocy de minimis w ostatnich 3 latach wyniosła …………………………………………….euro.
 |  |  |  |
| 1. Podmiot ubiega się lub otrzymał pomoc publiczną dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych, o które wnioskuje w ramach wsparcia.
 |  |  |  |
| 1. Podmiot posiada zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i/lub Urzędzie Skarbowym.
 |  |  |  |
| 1. Na dzień złożenia wniosku podmiot spełnia definicję przedsiębiorstwa społecznego.
 |  |  |  |
| 1. Zobowiązuje się do utrzymania zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym osób wskazanych w punkcie 5 wniosku.
 |  |  |  |
| 1. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.
 |  |  |  |
| 1. Wszystkie podane we wniosku dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
 |  |  |  |
| . ...................................... ………………………………........................................( (miejscowość, data) (podpis/podpisy) |

**Załącznik nr 2 HARMONOGRAMPRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba miejsc pracy: | … | Średniomiesięczna wartość wsparcia na jedno miejsce pracy: | .................... PLN | Całkowita wartość wsparcia na jedno miejsce pracy: | .................... PLN | Wartość wsparcia na wszystkie miejsca pracy: | .................... PLN |
| Proszę podać planowany termin rozpoczęcia i zakończenia realizacji działań kwalifikowanych: | Od dd/mm/rr: Do dd/mm/rr: |
| L.p. | Planowany termin poniesienia wydatków | Lista szczegółowa wydatków kwalifikowanych | Koszt jednostkowy w PLN (brutto) | Ilość jednostek (miesięcy/sztuk) planowanych do zakupu  | Kwota wydatków ogółem(brutto) | Podatek VAT\* | Kwota wydatków netto | W ramach dofinansowania | W ramach środków własnych i/lub innych źródeł |
| 1. | XII 2019 – VI 2020 |  | .................... PLN |  | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN |
| 2. |  |  | .................... PLN |  | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN |
| 3. |  |  | .................... PLN |  | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN |
| 4. |  |  | .................... PLN |  | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN | .................... PLN |
| **Łączna wartość działania kwalifikowalnego nr 1** | **................... PLN** | **.................. PLN** | **................... PLN** | **................... PLN** | **................... PLN** |
| Łączna wartość działań kwalifikowalnych (suma od 1 do n) | .................... PLN | .................... PLN | ....................PLN |
| Oczekiwana wielkość wsparcia  | ............... PLN | .............% całkowitych wydatków kwalifikowalnych |

*\* Podatek od towarów i usług (VAT) jest wydatkiem nie kwalifikującym się do objęcia wsparciem.*

**Szczegółowe uzasadnienie konieczności poniesienia wydatków objętych wnioskiem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kategoria wydatków** | **Uzasadnienie obligatoryjności wskazanych wydatków** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |
| … |  |  |
| … |  |  |
| … |  |  |
| … |  |  |
| … |  |  |
| n |  |  |

1. Rolę Instytucji Zarządzającej dla Poddziałania 9.3.1. Wsparcie sektora ekonomii społecznej – projekty konkursowe
w województwie śląskim pełni Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego [↑](#footnote-ref-1)