**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**

w projekcie **„OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029”**

realizowanym w ramach Priorytetu VII Fundusze Europejskie dla społeczeństwa,   
Działania 7.1 Ekonomia społeczna   
Typ 1 Wzmocnienie sektora ekonomii społecznej   
Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus Nr Umowy o dofinansowanie projektu z Instytucją Zarządzającą[[1]](#footnote-1):

UDA-FESL.07.01-IZ.01-03D3/23-00

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

1. Dane Wnioskodawcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma prawna |  | | |
| Nazwa organizacji |  | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Nr KRS |  | NIP |  |
| REGON |  | Główne PKD |  |
| Telefon |  | E-mail |  |
| Data przyznania statusu przedsiębiorstwa społecznego (PS) | |  | |

1. Dane dotyczące wnioskowanego wsparcia[[2]](#footnote-2) (dla każdej osoby należy powielić poniższą tabelę od pkt. 2.1 do pkt. 2.4):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. Dane dotyczące osoby pracującej w PS: | | |
| Imię i nazwisko | |  |
| Data podjęcia zatrudnienia  (dd/mm/rrrr) | |  |
| Okres obwiązywania umowy o pracę  (dd/mm/rrrr – dd/mm/rrrr) | |  |
| Wymiar czasu pracy | |  |
| Stanowisko | |  |
| * 1. Przesłanka kwalifikująca do wsparcia na dzień podjęcia zatrudnienia w PS[[3]](#footnote-3): | | |
| □ osoba bezrobotna długotrwale  □ osoba z niepełnosprawnością  □ absolwent centrum integracji społecznej lub absolwent klubu integracji społecznej  □ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego  □ osoba usamodzielniana  □ osoba z zaburzeniami psychicznymi  □ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą | | |
| * 1. Rodzaj usługi wsparcia[[4]](#footnote-4): | | |
| □ wsparcie podstawowe (wsparcie specjalistów, wsparcie edukacyjne) – obowiązkowe  □ wsparcie uzupełniające (wsparcie integracyjne, wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym, opieka nad osobami zależnymi, itp.) | | |
| * 1. Szczegóły dotyczące wsparcia (dla każdej planowanej usługi należy powielić niniejszy punkt) | | |
| Nazwa usługi  □ wsparcie podstawowe  □ wsparcie uzupełniające |  | |
| Czas trwania usługi  (liczba godzin oraz liczba dni) |  | |
| Termin realizacji usługi  (od mm/rrr do mm/rrrr) |  | |
| Cena usługi |  | |
| Wnioskowana kwota wsparcia do refundacji |  | |
| Wykonawca usługi (nazwa, adres, NIP, REGON)[[5]](#footnote-5) |  | |
| Miejsce realizacji wsparcia (adres) |  | |

1. Załączniki:
2. Kopia (potwierdzona za zgodność z oryginałem) decyzji o przyznaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego,
3. Kopia (potwierdzona za zgodność z oryginałem) Indywidualnego Plan Reintegracji dla każdej z osób wskazanych w pkt.2.1 wniosku,
4. Kopia (potwierdzona za zgodność z oryginałem) dokumentu poświadczającego przesłankę kwalifikującą do objęcia wsparciem dla każdej z osób wskazanych w pkt.2.1 wniosku,
5. Inne – jeśli dotyczy należy wymienić jakie (?) …..………..
6. Oświadczam, że zapoznałem się Regulaminem projektu „OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029” i akceptuję jego warunki oraz oświadczam, że wszystkie podane we wniosku dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.

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

Miejscowość i data Podpis Wnioskodawcy zgodnie z reprezentacją

1. **Decyzja OWES:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | Akceptacja wniosku w pełnym zakresie | |  |  |  | |  |  | Częściowa akceptacja wniosku (wymagane uzasadnienie)  …………………………………… | |  |  |  | |  |  | Brak akceptacji wniosku (wymagane uzasadnienie) | |

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

Miejscowość i data Podpisy osób oceniających reprezentujących OWES

1. Rolę Instytucji Zarządzającej pełni Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego [↑](#footnote-ref-1)
2. Wnioskowane wsparcie jest zgodne z Indywidualnym Planem Reintegracyjnym osoby pracującej w PS, który stanowi załącznik do niniejszego wniosku [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z Regulaminem projektu „OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029” - §20 ust.1 [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z katalogiem określonym w Regulaminie projektu „OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029” - §20 ust.8 [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z Regulaminem projektu „OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029” - §20 ust.10 - przedsiębiorstwo społeczne zobowiązane jest do wyboru wykonawcy usług spośród CIS i KIS, o ile dana usługa mieści się w ofercie w/w podmiotów [↑](#footnote-ref-5)