**WNIOSEK O UDZIELANIE WSPARCIA FINANSOWEGO NA UTWORZENIE I UTRZYMANIE MIEJSC PRACY**

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 Beneficjent |

1. Dane Wnioskodawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Planowana nazwa/ Nazwa podmiotu |  |

|  |
| --- |
| * 1. Status Wnioskodawcy: |
| □ zarejestrowany w KRS  □ w trakcie rejestracji w KRS (należy wypełnić tabelę w pkt. 1.2 lub pkt. 1.3) |
| * 1. Wnioskodawca posiada status Przedsiębiorstwa Społecznego (nadany zgodnie z ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej) |
| □ Tak  □ Nie |
| **Podmiot powoływany przez:** |
| □ grupę inicjatywną tworzącą przedsiębiorstwo społeczne (wypełnić tabelę 1.3 lub 1.4)  □ podmiot ekonomii społecznej przekształcany w przedsiębiorstwo społeczne (wypełnić tabelę 1.5)  □ przedsiębiorstwo społeczne (wypełnić tabelę 1.5) |

**Tabela 1.3 Dane członków założycieli - osób fizycznych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Członek Założyciel 1** | | | |
| **Imię** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Nazwisko** |  | **Miejscowość** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |
| **Członek Założyciel 2** | | | |
| **Imię** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Nazwisko** |  | **Miejscowość** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |

**\*W przypadku, gdy członków założycieli jest więcej niż 2 dopuszcza się dodanie do tabeli kolejnych wierszy.**

**Tabela 1.4 Dane członków założycieli - osób prawnych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Członek Założyciel 1** | | | |
| **Forma prawna** |  | | |
| **Nazwa organizacji** |  | | |
|  | | |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Nr KRS** |  | **NIP** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |
| **Członek Założyciel 2\*** | | | |
| **Forma prawna** |  | | |
| **Nazwa organizacji** |  | | |
|  | | |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Nr KRS** |  | **NIP** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |

**\*W przypadku, gdy członków założycieli jest więcej niż 2 dopuszcza się dodanie do tabeli kolejnych wierszy.**

**Tabela 1.5 Dane Podmiotu Ekonomii Społecznej/Przedsiębiorstwa Społecznego.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot Ekonomii Społecznej/Przedsiębiorstwo społeczne** | | | |
| **Forma prawna** |  | | |
| **Nazwa organizacji** |  | | |
|  | | |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Nr KRS** |  | **NIP** |  |
| **REGON** |  | **Główne PKD** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Cel działalności przedsiębiorstwa społecznego (zgodnie z Wykazem przedsiębiorstw społecznych) | | | | |
| □ Reintegracja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym  □ Realizacja usług społecznych | | | | |
| 1. Rodzaj planowanej działalności PS | | | | |
| □ Działalność odpłatna pożytku publicznego w rozumieniu art. 8 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku   publicznego i o wolontariacie  □ Działalność gospodarcza w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców  □ Inna działalność o charakterze odpłatnym | | | | |
| 1. Liczba zatrudnionych osób w PS na dzień złożenie wniosku (umowy o pracę/ spółdzielcza umowa o pracę) wraz z podaniem daty zatrudnienia oraz statusu tych osób na rynku pracy w momencie zatrudnienia (bezrobotny/ długotrwale bezrobotny/ ON itp.) | | | | |
|  | | | | |
| 1. Wnoszę o przyznanie wsparcia finansowego na utworzenie miejsc pracy na łączną kwotę w wysokości: | | | | |
| ……………………………………………. PLN (słownie: …………………………………………………………………………………) | | | | |
| oraz | | | | |
| 1. Wnoszę o przyznanie wsparcia finansowego na utrzymanie miejsc pracy na łączną kwotę w wysokości: | | | | |
| ……………………………………………. PLN (słownie:…………………………………………………………………………………) | | | | |
| wypłacanego w okresie dwunastu miesięcy w miesięcznych ratach w wysokości …………… PLN (słownie: ...................... złotych) każda z nich, | | | | |
| zgodnie z poniższym wyliczeniem: | | | | |
| **LP.** | **Stanowisko** | **Kwota stawki jednostkowej na utworzenie miejsca pracy** | **Wymiar czasu pracy w okresie 12 miesięcy** | **Kwota stawki jednostkowej na utrzymanie miejsca pracy** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |
|  | **Suma:** |  | **Suma:** |  |

|  |
| --- |
| 1. Całkowite wydatki inwestycyjne wynoszą: |
| ……………………………………………. PLN (słownie:…………………………………………………………………………………) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. WYKAZ ZATRUDNIANYCH OSÓB | | | | | | |
| **LP** | **Imię i Nazwisko** | **Miejsce zamieszkania** | **Przesłanka/ki kwalifikująca/e do objęcia wsparciem (zgodnie z Regulaminem).** | **Stanowisko** | **Rodzaj umowy  i wymiar czasu pracy  w okresie 18 miesięcy** | **Planowana data zatrudnienia  (rozpoczęcia pracy)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| n |  |  |  |  |  |  |

1. Załączniki:
2. Oświadczenia (Wnioskodawcy oraz osób fizycznych, na które Wnioskodawca ubiega się o wsparcie finansowe),
3. Dokumenty zgłoszeniowe osób fizycznych, na które Wnioskodawca ubiega się o wsparcie finansowe – wymagane jeśli osoby te nie uczestniczyły w projekcie do czasu złożenia niniejszego wniosku,
4. Dokumenty poświadczające przynależność do grupy docelowej osób fizycznych,
5. Biznes plan przedsięwzięcia wraz z załącznikami,
6. Dane o pomocy de minimis,
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,
8. Dokumenty poświadczające posiadanie statusu przedsiębiorstwa społecznego – jeśli dotyczy,
9. Dokument/y poświadczający/e złożenie wniosku o rejestrację podmiotu w KRS – jeśli dotyczy.

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

Miejscowość i data Podpis/y Wnioskodawcy/ów

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**  **podpisywane zgodnie z reprezentacją** | | | | |
| Ja niżej podpisany/a : .....................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a: ...............................................................   (miejscowość)  posiadający nr PESEL: .................................................. | Ja niżej podpisany/a: .....................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a: ...............................................................   (miejscowość)  posiadający nr PESEL: .................................................. | | | |
| OŚWIADCZAM, ŻE: | | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |
| 1. Podmiot posiada siedzibę lub oddział na terenie subregionu centralno-wschodniego województwa śląskiego (miasto Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, Będzin, Świętochłowice, Chorzów, Siemianowice Śląskie oraz powiat zawierciański i będziński). | |  |  |  |
| 1. W ciągu minionych 3 lat podmiot korzystał z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiega, nie przekracza równowartość w złotych kwoty 300 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. Wartość otrzymanej dotychczas pomocy de minimis w ciągu minionych 3 lat wyniosła ……………………… euro. | |  |  |  |
| 1. Podmiot nie otrzymał pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych, o które ubiega się w ramach projektu. | |  |  |  |
| 1. Podmiot nie posiada zadłużenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Urzędzie Skarbowym. | |  |  |  |
| 1. Podmiot posiada status przedsiębiorstwa społecznego. | |  |  |  |
| 1. Podmiot nie wnioskował, ani nie otrzymał środków w ramach Krajowego Planu Odbudowy (KPO) lub Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego (FERS). | |  |  |  |
| 1. Podmiot otrzymał środki w ramach KPO ale zostały one rozliczone przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego ponad 6 miesięcy temu licząc od dnia złożenia wniosku na potwierdzenie czego składam/składamy odpowiedni dokument. | |  |  |  |
| 1. Podmiot zawarł umowę pożyczki w ramach FERS ponad 6 miesięcy temu licząc od dnia złożenia wniosku na potwierdzenie czego składam/składamy odpowiedni dokument. | |  |  |  |
| 1. Podmiot zawarł umowę pożyczki w ramach FERS w zakresie innym niż wnioskuje w ramach projektu OWES na potwierdzenie czego składam/składamy oświadczenie o braku podwójnego finansowania oraz załączam/załączamy umowę pożyczki FERS lub inny dokument określający cel lub zakres inwestycji zatwierdzony przez właściwego pośrednika finansowego. | |  |  |  |
| 1. W przypadku, gdy podmiot otrzyma wsparcie finansowe na utworzenie  i utrzymanie miejsc pracy niezwłocznie złożę do wojewody wniosek wraz z wymaganymi dokumentami o nadanie statusu przedsiębiorstwa społecznego oraz utrzymam status przedsiębiorstwa społecznego w okresie trwałości, o którym mowa w Regulaminie projektu - paragraf 7 ust. 14 pkt. e). | |  |  |  |
| 1. W przypadku, gdy podmiot otrzyma wsparcie finansowe na utworzenie  i utrzymanie miejsc pracy nie postawię w stan likwidacji podmiotu i nie zlikwiduję utworzonych w ramach wsparcia miejsc pracy w okresie trwałości, o którym mowa w Regulaminie projektu - paragraf 7 ust. 14 pkt. c). | |  |  |  |
| 1. W przypadku, gdy podmiot otrzyma wsparcie finansowe na utworzenie  i utrzymanie miejsc pracy zobowiążę się do zwiększenia ogólnej liczby miejsc pracy, co najmniej o liczbę miejsc pracy, na którą przyznano dofinansowanie zgodnie z założeniami, o których mowa w Regulaminie projektu – paragraf 7 ust. 14 pkt. f). | |  |  |  |
| 1. W przypadku, gdy podmiot otrzyma wsparcie finansowe na utworzenie  i utrzymanie miejsc pracy zapewniam, iż przed upływem 3 lat od rozliczenia wsparcia finansowego podmiot nie przekształci się  w podmiot gospodarczy niespełniający definicji podmiotu ekonomii społecznej. | |  |  |  |
| 1. Zobowiązuje się do zatrudnienia w podmiocie - wskazanych w punkcie 8 wniosku - osób kwalifikujących się do objęcia wsparciem. | |  |  |  |
| 1. Osoby wskazane w pkt. 8 wniosku w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku nie pracowały (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej) w *nazwa podmiotu składającego wniosek* …… oraz w innym podmiocie, który jest powiązany osobowo i/lub kapitałowo z ……*nazwa podmiotu składającego wniosek.* | |  |  |  |
| 1. Zobowiązuję się do umożliwienia realizacji działań w zakresie reintegracji społeczno-zawodowej dla osób zatrudnianych  w podmiocie zgodnie z założeniami, o których mowa w Regulaminie projektu - paragraf 19. | |  |  |  |
| 1. Nie byłem/byłam karany/karana za przestępstwo skarbowe oraz przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny. | |  |  |  |
| 1. Korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych. | |  |  |  |
| 1. Nie ciążą na mnie zobowiązania z tytułu zajęć sądowych, administracyjnych lub toczy się w stosunku do mnie postępowanie sądowe, egzekucyjne lub windykacyjne dotyczące niespłaconych zobowiązań publiczno – prawnych. | |  |  |  |
| 1. Zapoznałem/Zapoznałam się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki. | |  |  |  |
| 1. Wszystkie podane we wniosku dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. | |  |  |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu „OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach w/w projektu.  . ...................................... ………………………………........................................  ( (miejscowość, data) (podpis/podpisy) | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA OSOBY FIZYCZNEJ**  **Wypełnia i podpsuje każda osoba wymieniona w punkcie 8 wniosku** | | | |
| Ja niżej podpisany/a : .......................................................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a: ...............................................................................................  (miejscowość)  posiadający nr PESEL: .................................................. | | | |
| OŚWIADCZAM, ŻE: | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |
| 1. Nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie  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 oraz nie korzystam równolegle z innych środków publicznych na pokrycie wydatków związanych podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej lub założeniem/ przystąpieniem do przedsiębiorstwa społecznego, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz innych środków publicznych. |  |  |  |
| 1. Nie ubiegałem/ubiegałam się o wsparcie na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w ramach projektów realizowanych z Priorytetu VII Fundusze Europejskie dla społeczeństwa, Działania 7.1 Ekonomia społeczna, Typ 1 Wzmocnienie sektora ekonomii społecznej Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027. |  |  |  |
| 1. W okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku nie pracowałem/pracowałam (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej) w ……*nazwa podmiotu składającego wniosek* …… oraz w innym podmiocie, który jest powiązany osobowo i/lub kapitałowo z ……*nazwa podmiotu składającego wniosek* …… na potwierdzenie czego składam dokument z ZUS. |  |  |  |
| 1. Na dzień złożenia wniosku jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym tj. spełniam przynajmniej jedną przesłankę określoną  w art. 2 pkt. 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej. |  |  |  |
| 1. Na dzień złożenia wniosku nie prowadzę działalności gospodarczej oraz nie mam zawieszonej działalności gospodarczej. |  |  |  |
| 1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych. |  |  |  |
| 1. Zapoznałem/Zapoznałam się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki. |  |  |  |
| 1. Wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. |  |  |  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu „OWES subregionu Centralno-Wschodniego 2024-2029”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach w/w projektu.  . ...................................... ………………………………........................................  ( (miejscowość, data) (podpis) | | | |

1. Rolę Instytucji Zarządzającej pełni Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego [↑](#footnote-ref-1)