***Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielania wsparcia reintegracyjnego***

**WNIOSEK**

**O UDZIELENIE WSPARCIA REINEGRACYJNEGO**

**-** dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr Wniosku** |  |
| **Data i miejsce zło**ż**enia wniosku:** |  |

**WNIOSKODAWCA - DANE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego/ podmiotu ekonomii społecznej** |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Dane teleadresowe** (nr telefonu, adres email, strona www) |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer w KRS lub w innej ewidencji lub rejestrze** |  |
| **Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących wniosku** (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email) |  |

**WNIOSKODAWCA – STATUS PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca posiada status przedsiębiorstwa społecznego** | Data uzyskania statusu PS: |
| **Wnioskodawca nie posiada statusu przedsiębiorstwa społecznego i zobowiązuje się do uzyskania statusu PS przed upływem 6 miesięcy od dnia utworzenia miejsca/miejsc pracy** | Planowana data złożenia wniosku o uzyskanie statusu PS: |

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – LICZBA OSÓB OBJĘTYCH WSPARCIEM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób planowanych do objęcia wsparciem reintegracyjnym** (wraz ze wskazaniem formy i wymiaru zatrudnienia) |  |
| **Czy osoba/osoby planowana/e do objęcia wsparciem reintegracyjnym spełnia/ją przesłanki zgodnie z art. 2 pkt 6 lit. B), d), e), g), h), i), l) ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej)** | 🞏 tak  🞏 nie |
| **Liczba miejsc pracy w PES/PS na dzień składania wniosku** (wraz ze wskazaniem formy i wymiaru zatrudnienia) |  |
| **Wnioskowana kwota wsparcia** |  |
| **Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis (wypełnia OWES)** | 🞏 tak  🞏 nie  🞏 częściowo |

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wydatku**  (zgodnie z katalogiem zawartym w Regulaminie wsparcia reintegracyjnego) | 🞏 Wsparcie specjalistów.  🞏 Wsparcie edukacyjne.  🞏 Wsparcie integracyjne.  🞏 Wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym.  🞏 Inne. |
| **Cena netto i brutto**  (należy wskazać przedział cenowy tego typu usług/produktów na podstawie rozpoznania minimum 3 ofert zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie) |  |
| **Nazwa i opis planowanego wydatku**  (należy przedstawić krótki opis, liczbę godzin/dni, koszt jednostkowy, w tym koszt jednostkowy na każdą osobę objętą wsparciem, kalkulacja kosztów, szczegóły dotyczące ewentualnej cykliczności, itp) |  |
| **Uzasadnienie zaplanowanych form wsparcia zgodnie z założeniami zawartymi w Indywidualnych planach reintegracyjnych** |  |
| **Dane potencjalnego wykonawcy** (nazwa, adres, NIP, mail, nr telefonu) |  |
| **Data rozpoczęcia i zakończenia wsparcia** |  |
| **Miejsce realizacji wsparcia**  (jeśli jest znane) |  |
| **OŚWIADCZENIA:** | |
| W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że:   1. zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia reintegracyjnego 2. zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych informuje, że pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją projektu pn. „Wielkopolski Ośrodek Ekonomii Społecznej” (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14  Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 tzw. RODO) znajduje się na stronie internetowej <http://woes.pl/> w zakładce <http://woes.pl/wsparcie/dokumenty-do-pobrania/>  |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | | |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 4 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym)** | **tak/ nie/ nie dotyczy** |
| **2** | **Oświadczenie o pomocy de minimis (załącznik nr 5 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym)** | **tak/ nie/ nie dotyczy** |
| **3** | **Oferty potencjalnych wykonawców (screenshot, e-maile, itp.)** | **tak/ nie/ nie dotyczy** |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

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

(miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy

zgodnie ze sposobem reprezentacji)

**DECYZJA REALIZATORA:**

|  |
| --- |
| **OPINIA SPECJALISTY/STKI DS. REINEGRACJI (wypełnia OWES)** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | Data i podpis | |
| **DECYZJA REALIZATORA (wypełnia OWES)** |
| * Udzielam wsparcia:   🞏 we wnioskowanej kwocie  🞏 w obniżonej kwocie ………………………….. PLN   * Nie udzielam wsparcia  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | Data i podpis Realizatora | |