**Załącznik nr 2 do regulaminu wsparcia pomostowego**

WNIOSEK O PRZYZNANIE PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO

**w ramach**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020**

**Oś Priorytetowa VII- Poprawa spójności społecznej**

***Działanie 7.3 Wzmocnienie roli ekonomii społecznej w rozwoju społeczno – gospodarczym województwa podlaskiego***

***Projekt „Białostocki Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej”***

|  |  |
| --- | --- |
| Numer wniosku |  |
| Data i godzina złożenia wniosku |  |
| Miejsce złożenia wniosku: |  |
| Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane przedsiębiorstwa społecznego, ubiegającego się o *Przedłużone Wsparcie Pomostowe* | | | | | | |
| Nazwa przedsiębiorstwa społecznego |  | | | | |
| Status prawny (np. spółdzielnia socjalna) wraz z numerem KRS |  | | | | |
| Dane teleadresowe | NIP |  | | REGON |  |
| Ulica |  | | Numer domu/lokalu |  |
| Miejscowość |  | | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | | Gmina |  |
| Województwo |  | | | |
| nr telefonu, nr faxu |  | | adres e-mail |  | |

Informacje na temat osób, na które zostanie przyznane przedłużone wsparcie finansowe:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | PESEL | Miejsce zamieszkania – miejscowość, powiat | Podstawa zakwalifikowania do wsparcia  (np.III profil bezrobocia, niepełnosprawność – zgodnie z katalogiem) | Stanowisko, forma zatrudnienia  (1-6 miesięcy) | Stanowisko, forma zatrudnienia  ( 7-12 miesięcy) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ........................................................................ Data i Podpis Beneficjenta Pomocy | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |  |

*Zgodnie Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 wnosimy o przyznanie przedłużonego wsparcia pomostowego   
w postaci:*

1. *Wsparcia Finansowego* na łączną kwotę w wysokość ……… PLN (słownie: ……… złotych 00/100),   
   w formie comiesięcznej pomocy w wysokości 900,00 PLN / osobę (słownie: dziewięćset złotych ) wypłaconych w okresie od 7 do 12 miesiąca przedłużonego wsparcia pomostowego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **PLANOWANE WYDATKI** | | |
| **Nazwa miesiąca** | **Kategoria wydatków**  (proszę wpisaćnumery z listy pod tabelą**)** | **Wnioskowana kwota miesięczna** (iloczyn liczby uprawnionych osób oraz kwot wnioskowanych na każdą osobę)[[1]](#footnote-1) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Kategorie wydatków:   1. koszty ZUS, podatków od wynagrodzeń, innych pochodnych od wynagrodzeń pracowników (Beneficjentów Pomocy) 2. ubezpieczenie majątkowe zakupów z dotacji 3. koszty administracyjne (w tym koszty czynszu lub wynajmu pomieszczeń bezpośrednio związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą) 4. koszty eksploatacji pomieszczeń bezpośrednio związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą (w tym m.in. opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę) 5. koszty usług pocztowych 6. koszty usług księgowych 7. koszty usług prawnych 8. koszty Internetu i telefonu 9. koszty materiałów biurowych 10. koszty działań informacyjno-promocyjnych 11. inne niezbędne do funkcjonowania przedsiębiorstwa (wymienić jakie):   …………………………………………………………………………………………… | | |

Planowana data rozpoczęcia korzystania z przedłużonego wsparcia pomostowego: ………..

Planowana data zakończenia korzystania z przedłużonego wsparcia pomostowego: ………

Okres określony powyżej, nie przekracza łącznie 12 miesięcy od dnia podpisania Umowy o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego (łącznie z podstawowym wsparciem pomostowym).

1. **UZASADNIENIE POTRZEBY KORZYSTANIA Z PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

|  |
| --- |
|  |

1. **UZASADNIENIE PLANOWANYCH KOSZTÓW W RAMACH PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO (opis powinien uwzględnić każdą kategorię wydatków)**

|  |
| --- |
|  |

1. **OPIS DOTYCHCZASOWYCH DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH NA RZECZ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ ORAZ EFEKTY PROWADZENIA DZIAŁANOŚCI GOSPODARCZEJ** (w tym m.in. opis aktywności w obszarze prowadzonej działalności gospodarczej, ilość pozyskanych klientów, ilość podpisanych umów i okres ich realizacji, przychody z wykonywanej działalności, liczba kontrahentów/dostawców, ilość posiadanego towaru, itp.)

|  |
| --- |
|  |

1. **OPIS ORAZ EFEKTY DOTYCHCZSOWYCH ORAZ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ W ZAKRESIE MARKETINGU PRZEDSIĘBIORSTWA** (jakie działania służące promocji zostały podjęte, jak podmiot realizuje marketing obecnie a jak planuje to zorganizować w przyszłości)

|  |
| --- |
|  |

1. **OPIS ZARZĄDZANIA PRZEDSIĘBIORSTWEM SPOŁECZNYM, W TYM PODZIAŁU ZADAŃ/RÓL WŚRÓD CZŁONKÓW/PRACOWNIKÓW** (informacja o pracownikach, na których zostało przyznane wsparcie pomostowe, opis struktury zatrudnienia z wyszczególnieniem stanowisk, zakresu obowiązków, rodzaju umowy, okresu zatrudnienia od – do, wielkości etatu, regularności zapłaty składek na ubezpieczenie społeczne, opis ewentualnych zmian w zatrudnieniu i ich przyczyny)

|  |
| --- |
|  |

1. **STOPIEŃ REALIZACJI BIZNESPLANU W ZAKRESIE RACHUNKU ZYSKÓW I STRAT (**przychody, koszty, odchylenia; informacja może być przedstawiona w formie rachunku zysków i strat jako załącznik do wniosku **) :**

|  |
| --- |
|  |

1. **CZY PRZEDSIĘBIORSTWO MA PROBLEMY Z PŁYNNOŚCIĄ FINANSOWĄ? JESLI TAK, Z CZEGO ONE WYNIKAJĄ I JAKIE DZIAŁANIA ZARADCZE ZOSTAŁY PODJĘTE:**

|  |
| --- |
|  |

1. **NAJWAŻNIEJSZE CELE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO NA OKRES NAJBLIŻSZYCH 6 M-CY:**

|  |
| --- |
|  |

My niżej podpisani potwierdzamy prawdziwość podanych danych we Wniosku. Jednocześnie jesteśmy świadomi odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie oświadczamy, że wsparcie pomostowe wydatkowane będzie wyłącznie w celu sfinansowania podstawowych kosztów funkcjonowania i rozwoju w początkowym okresie działania przedsiębiorstwa społecznego.

|  |  |
| --- | --- |
| ........................................................................ Data i Podpis Beneficjenta Pomocy | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta | ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |
| ........................................................................  Data i Podpis Beneficjenta |  |

Do niniejszego Wniosku załącza się następujące dokumenty:

1. kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem aktualnych umów dot. zatrudnienia poszczególnych pracowników w przedsiębiorstwie społecznym;
2. zaświadczenia o niezaleganiu w odprowadzaniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne (ZUS) oraz o opłaceniu podatków (Urząd Skarbowy);
3. oświadczenie o niekorzystaniu równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza z Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, na pokrycie tych samych wydatków związanych z założeniem i zatrudnieniem w Przedsiębiorstwie społecznym powstałym w ramach Projektu oraz z zatrudnieniem w istniejącym Przedsiębiorstwie społecznym (utworzonej poza projektem), na które udzielana jest pomoc de minimis;
4. oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis w roku kalendarzowym, w którym Przedsiębiorstwo przystępuje do projektu oraz w poprzedzających go dwóch latach kalendarzowych wraz z potwierdzonymi za zgodność z oryginałem kopiami zaświadczeń o pomocy de minimis, wystawionymi przez podmioty udzielające pomocy;
5. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;
6. inne np. materiały promocyjne (w przypadku gdy przedsiębiorstwo uzna, że ich załączeniu może być istotne w procesie oceny wniosku);

Podpisy osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu (zgodnie ze statutem)

1. ...................................................................................................................
2. ...................................................................................................................
3. ...................................................................................................................

………………………………………..…………….., ………………………………..

miejscowość data

1. Wysokość Przedłużonego Wsparcia Pomostowego nie może być wyższa niż 900zł/miesiąc/osobę. [↑](#footnote-ref-1)