



Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielania wsparcia reintegracyjnego

WNIOSEK
O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO
- dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

Nr Wniosku	
Data i miejsce złożenia 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)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> częściowo

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ:

Rodzaj wydatku (zgodnie z katalogiem zawartym w Regulaminie wsparcia reintegracyjnego)	<input type="checkbox"/> Wsparcie specjalistów. <input type="checkbox"/> Wsparcie edukacyjne. <input type="checkbox"/> Wsparcie integracyjne. <input type="checkbox"/> Wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym. <input type="checkbox"/> 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:	
<p>W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia reintegracyjnego 2. zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Obszar Gdański informuje, że pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej na subregion Metropolitalny Południowy ” (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 www.fundacjarc.org.pl w zakładce Polityka Prywatności. 	

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. REINTEGRACJI (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