Załącznik nr 12 do Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego w formie stawki jednostkowej na utworzenie i utrzymanie nowych miejsc pracy oraz wsparcia reintegracyjnego w nowo tworzonych lub istniejących przedsiębiorstwach społecznych

***Data przyjęcia wniosku ………………………………… 20…...*** ***r.***

***Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosku ……………………………………………….***

Prosimy o zachowanie poniższych zasad:  
1. *Dokument należy wypełnić komputerowo lub odręcznie (czytelnie, drukowanymi literami).  
2. Wnioskodawca wypełnia pola jasne.*  
3. *Proszę zastosować się do wskazówek i wyjaśnień wskazanych w polach ciemnych.*

|  |  |
| --- | --- |
| **WNIOSEK O UDZIELENIE BEZZWROTNEGO WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO** **NR** …………….............../FWR/OWES/20…. | |
| **Tytuł projektu (do zaznaczenia)** |  |
| **Nazwa realizatora projektu** |  |
| **Nr projektu** |  |
| **Nazwa Programu Regionalnego** | **Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027** |
| **Numer i nazwa Priorytetu** | **FELD.07 Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem** |
| **Numer i nazwa Działania** | **FELD.07.06 Ekonomia społeczna** |

1. **DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa PS** | |  |
| **Adres siedziby** | |  |
| **NIP** | |  |
| **REGON** | |  |
| **Numer w KRS lub w innej ewidencji/rejestrze** | |  |
| **Dane osoby upoważnionej do reprezentacji** | **Imię i nazwisko** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres email** |  |
| **Dane osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie wniosku** | **Imię i nazwisko** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres email** |  |

**II. WNIOSKODAWCA – STATUS PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wnioskodawca posiada status przedsiębiorstwa społecznego** | tak: □ nie: □ | |
| Data uzyskania statusu PS: | nr decyzji: |

**III. MIEJSCE PRACY I DANE PRACOWNIKA PLANOWANEGO DO OBJĘCIA WSPARCIEM REINTEGRACYJNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  |
| Nazwa stanowiska pracy |  |
| Wymiar czasu pracy z umowy o pracę |  |
| Numer i data umowy o WF |  |
| Data zatrudnienia na nowoutworzonym MP |  |
| **Data rozpoczęcia procesu przygotowania IPR** |  |
| **Data zatwierdzenia IPR** |  |
| Okres na który został udzielony instrument wsparcia |  |
| Okres obowiązywania IPR |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Z jakiej przesłanki pracownik kwalifikuje się do udzielenia wsparcia? proszę zaznaczyć min. 1 przesłankę o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. b, d, e, g, h, i oraz l ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej. | |
| b) osoba bezrobotna długotrwale, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy | □ |
| d) osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych | □ |
| e) absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, | □ |
| g) osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 390 i 658)\* | □ |
| h) osoba usamodzielniana, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447, 1700 i 2140 oraz z 2023 r. poz. 403 i 535) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, | □ |
| i) osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), | □ |
| l) osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą | □ |

**\*UWAGA**: w związku z uchyleniem art. 16a o świadczeniach rodzinnych osoby wskazywane w pkt. g nie stanowią odrębnej kategorii osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.   
  
**IV. UZASADNIENIE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**

**(W sytuacji wnioskowania o więcej niż jedną formę wsparcia dla pracownika należy powielić tabelę nadając jej numer)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TABELA NR …..  Rodzaj wsparcia | ☐ wsparcie specjalistów  ☐ wsparcie edukacyjne  ☐ wsparcie integracyjne  ☐ inne | |
| Opis formy wsparcia wraz z wymiarem czasowym i planowanym okresem realizacji[[1]](#footnote-1) |  | |
| **Uzasadnienie zaplanowanych form wsparcia zgodnie z IPR[[2]](#footnote-2)** | | |
| **w odniesieniu do potrzeb ze zdiagnozowanej sytuacji społecznej i zawodowej Pracownika:** | | |
| **w odniesieniu do sytuacji PS:** | | |
| **Zakładane efekty planowanych działań z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej dla pracownika** | | **Sposób oceny efektów działań reintegracyjnych dla pracownika** |
|  | |  |
| Wsparcie reintegracyjne obejmujące zespół pracowników | tak: □ nie: □ | |
| Liczba pracowników z zespołu planowanych do objęcia wsparciem |  | |
| **Wykonawcą wsparcia będzie PZS** | **tak: □ nie: □** | |
| NAZWA POTENCJALNEGO WYKONAWCY |  | |
| **PLN BRUTTO:** |  | |
| **PLN NETTO:** (kwota wnioskowana do uwzględniana do refundacji w zakresie wskazanej w tabeli formy wsparcia ) |  | |

**V. PODSUMOWANIE KWOT WNIOSKOWANEGO WSPARCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KWOTA WNIOSKOWANEGO WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**  **(ADEKWATNIE DO TABELI W CZ. IV)** | **BRUTTO** | **NETTO** |
| 1. **Pierwsza forma wsparcia** |  |  |
| 1. **Druga forma wsparcia** |  |  |
| 1. **Trzecia forma wsparcia** |  |  |
| **…** |  |  |
| **SUMA WNIOSKOWANYCH KWOT WSPARCIA  (kwota wnioskowana do uwzględniana do refundacji w zakresie wskazanego w tabeli działania )** |  |  |

**VI. OŚWIADCZENIA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **W imieniu przedsiębiorstwa społecznego/podmiotu ekonomii społecznej oświadczam, że:** | | TAK/NIE  zaznacz właściwe |
| **1** | Zapoznałem/am się z Regulaminem wsparcia finansowego, którego integralną część stanowi regulamin wsparcia reintegracyjnego. | tak: □ nie: □ |
| **2** | Rodzaje i formy wsparcia reintegracyjnego wskazane w niniejszym wniosku są zgodnie z założeniami zawartymi w indywidualnym planie reintegracyjnym pracownika/cy uprawnionego/j do wsparcia. | tak: □ nie: □ |
| **3** | Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. | tak: □ nie: □ |
| **4** | Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach danych zawartych w niniejszym wniosku, w tym o ustaniu zatrudnienia pracownika/cy uprawnionego/j do wsparcia lub zmianie zakresu wsparcia. | tak: □ nie: □ |
|  |  |  |
| **Wykaz załączników** | | **Odpowiedź** |
| 1 | Oferty potencjalnych wykonawców (screenshot, e-maile, itp.) - minimum 3 oferty do każdego rodzaju wsparcia (załączniki obowiązkowe) | tak: □ nie: □ |
| 2 | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis | tak: □ nie: □ |
| 3 | Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis | tak: □ nie: □ |
| 6 | kopia decyzji o nadaniu statusu PS | tak: □ nie: □ |
| 5 | Inne .................................................. (jakie?) | tak: □ nie: □ |
|  |  |  |
|  | **Miejscowość** |  |
|  | **Data** |  |
|  | **Podpis osoby/osób zgodnie ze sposobem reprezentacji podmiotu** |  |

...........................................................

Data, miejscowość

**Oświadczenie**

**Ja niżej podpisany/a .................................................................................................**

*(imię i nazwisko)*

**PESEL ………………………………………………………………………….…………**

**oświadczam, że w ciągu danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających lat podatkowych podmiot, który reprezentuję nie otrzymał pomocy *de minimis /* otrzymał pomoc *de minimis*\* w łącznej wysokości: ……………………… EUR, słownie:…………………………………………………………………………**

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

Podpis Beneficjenta pomocy Data i miejsce

\*Niepotrzebne skreślić

1. Należy przedstawić krótki opis wsparcia wraz z czasem trwania np. liczbę dni/godzin. [↑](#footnote-ref-1)
2. IPR należy przedstawić do wglądu specjaliście ds. reintegracji [↑](#footnote-ref-2)