**Załącznik 3 Wniosek o przyznanie wsparcia na utrzymanie miejsca pracy**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA UTRZYMANIE MIEJSCA PRACY**

**„RAZEM EKONOMII SPOŁECZNEJ”**

**FELU.08.02-IZ.00-0004/23**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer wniosku** |  |
| **Data złożenia wniosku** |  |
| **Nazwa Wnioskodawcy** |  |

**1. Wniosek o udzielenie wsparcia finansowego dotyczy** (proszę zaznaczyć właściwe)**:**

* wsparcie finansowe na utrzymanie miejsca pracy w wymiarze pełnego etatu przez 12 miesięcy
* wsparcie finansowe na utrzymanie miejsca pracy w wymiarze 1/2 etatu przez 12 miesięcy

**2. Dane osób uprawnionych do otrzymania wsparcia finansowego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osób uprawnionych do otrzymania wsparcia finansowego** | **Adres, telefon** | **Nr PESEL** | **Planowany wymiar zatrudnienia pracownika (1 etat lub ½ etatu)** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |

**Wnoszę o przyznanie wsparcia finansowego na utrzymanie miejsca pracy na łączną kwotę w wysokości ………………………….. PLN (słownie: …………………………………………………), zgodnie z załączonym harmonogramem rzeczowo-finansowym[[1]](#footnote-1).**

Stawka jednostkowa na utrzymanie miejsca pracy w PS obejmuje środki finansowe przyznane PS na utrzymanie przez 12 miesięcy (tj. od 1 do 12 miesięcy) miejsca pracy, które zostało przez PS utworzone w ramach stawki na utworzenie miejsca pracy. Stawka obejmuje koszty funkcjonowania miejsca pracy w pierwszym okresie od utworzenia. W ramach wsparcia pokrywane są m.in.:

1. koszty zatrudnienia (w tym wynagrodzenia) osoby na nowoutworzonym miejscu pracy,
2. koszty obowiązkowych opłat, takich jak np. składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne,
3. bieżące niezbędne wydatki dotyczące stanowiska pracy, bez których funkcjonowanie PS nie może się odbywać.

**Wnoszę o wypłatę dotacji w następujący sposób:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wysokość transzy** | **Liczba zatrudnionych osób** | **Miesiąc / rok** |
| **1 TRANSZA** |  |  |  |
| **2 TRANSZA** |  |  |  |
| **3 TRANSZA** |  |  |  |
| **4 TRANSZA** |  |  |  |
| **5 TRANSZA** |  |  |  |
| **6 TRANSZA** |  |  |  |
| **7 TRANSZA** |  |  |  |
| **8 TRANSZA** |  |  |  |
| **9 TRANSZA** |  |  |  |
| **10 TRANSZA** |  |  |  |
| **11 TRANSZA** |  |  |  |
| **12 TRANSZA** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |
| **Suma** |  |  |  |

**PLAN PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI**

1. Należy wskazać m.in. terminy i zakres podejmowanych działań w ramach otrzymanego wsparcia na utrzymanie miejsca pracy w okresie minimum pierwszych 12 miesięcy prowadzenia działalności gospodarczej w formie przedsiębiorstwa społecznego

OD …………………… DO ……………….ZAKRES DZIAŁAŃ ………………………………………………………………………………….…….

OD …………………… DO ……………….ZAKRES DZIAŁAŃ……………………………………………………………………..………………….

OD …………………… DO ……………….ZAKRES DZIAŁAŃ……………………………………………………………………..………………….

OD …………………… DO ……………….ZAKRES DZIAŁAŃ……………………………………………………………………………………..….

1. Należy opisać aktualną sytuację finansową działalności, opisać przyczyny problemów z płynnością finansową (zależne jak również niezależne od Wnioskodawcy) oraz wykazać w jaki sposób fakt otrzymania wsparcia finansowego na utrzymanie miejsca pracy przyczyni się do odzyskania / utrzymania płynności finansowej

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

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty:**

1. Harmonogram rzeczowo - finansowy

2. Oświadczenie o nieotrzymaniu innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych

**…………………………….. ………..………………………………….**

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby/osób upoważnionej / upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy

1. **HARMONOGRAM RZECZOWO-FINANSOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Kategoria wydatku** | **Planowana kwota wydatków** | | | | | | | | | | | | |
| **Miesiąc** | | | | | | | | | | | | **RAZEM** |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie w miesiącu:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZENIE O NIEOTRZYMANIU INNEJ POMOCY DOTYCZĄCEJ TYCH SAMYCH KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH.**

**(oświadczenie uzupełnia każda z osób podpisujących wniosek w imieniu Wnioskodawcy)**

Ja niżej podpisany/a: ..........................................................................(imię i nazwisko) zamieszkały/a: .........................................................................................................................................................................(adres zamieszkania) legitymujący/a się dowodem osobistym:........................................................... (numer i seria dowodu) wydanym przez ....................................................................................................................................

Oświadczam, że nie uzyskaliśmy wsparcia tego samego typu w ramach tych samych kosztów kwalifikowalnych o jakie się ubiegamy i nie korzystamy z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych oraz nie ubiegamy się o inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych.

**…………………………….. .…………..………………………………..**

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

1. Harmonogram rzeczowo-finansowy stanowi załącznik nr 1 do wniosku i jest jego integralną częścią. [↑](#footnote-ref-1)