**Załącznik nr 8 Oświadczenie o braku podwójnego finansowania działań finansowanych ze środków projektu ze środkami** **przeznaczonymi na wsparcie ekonomii społecznej w ramach KPO**

**OŚWIADCZENIE**

**o braku podwójnego finansowania działań finansowanych ze środków projektu (wsparcie EFS+) ze środkami przeznaczonymi na wsparcie ekonomii społecznej w ramach Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności**

Oświadczam, iż.................................................................................................... (nazwa PES / PS), z siedzibą w ........................................................................................................................................ …………………………………………………………………………………(miejscowość, ulica, numer domu, numer lokalu*)*, numer KRS …………………………..……………, NIP …………………………………. REGON ………………………………………,

NALEŻY WYKREŚLIĆ NIEWŁAŚCIWE

1. Nie wnioskował, ani nie otrzymał środków w ramach KPO;

**LUB**

1. Otrzymał wcześniej środki w ramach KPO lub złożył wniosek o środki w ramach KPO, ale wnioskuje do OWES o wsparcie finansowe bezzwrotne ze środków EFS + po upływie 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia wniosku o środki w ramach KPO, a wsparcie w ramach KPO zostało rozliczone przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (**należy dołączyć**: zatwierdzony przez ministra wniosek o środki KPO oraz rozliczenie wsparcia z KPO);

**LUB**

1. Otrzymał wcześniej środki w ramach KPO lub złożył wniosek o środki w ramach KPO, ale wnioskuje do OWES o wsparcie finansowe bezzwrotne ze środków EFS + przed upływem 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia wniosku o środki w ramach KPO, lecz zlecony przez ………………………………………………………………………………….……………………………(nazwa PES/PS) (na swój koszt) audyt zewnętrzny potwierdzi brak podwójnego finansowania (**należy dołączyć:** w terminie 14 dni kalendarzowych po jego uzyskaniu, jednak nie później niż przed upływem 12 miesięcy od dnia przyznania dotacji, wyniki audytu zewnętrznego tj. raport z opinii biegłego rewidenta, w ramach rozliczenia środków KPO i EFS+), pod warunkiem niekwalifikowania wsparcia bezzwrotnego ze środków EFS+.

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

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