## Zał. nr 1 do umowy o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**

**DANE PS SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego/podmiotu ekonomii społecznej** |   |
| **NIP** |   |
| **Numer w KRS lub innej ewidencji lub rejestrze** |   |
| **Adres siedziby** |  |
| **Dane kontaktowe (e-mail i nr telefonu)** |   |
| **Łączna wnioskowana kwota wsparcia** |   |
| **Numer rachunku bankowego, na które ma wpłynąć refundacja** |  |
| **Dane osoby upoważnionej do składania wyjaśnień dotyczących wniosku (imię i nazwisko, nr telefonu, adres email)** |  |

**WNIOSKODAWCA – STATUS PREZDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca** **posiada status przedsiębiorstwa społecznego** | Data uzyskania statusu: |
| **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:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj/nazwa wydatku wraz z czasem trwania i planowaną datą realizacji***(np. kurs „Excel dla początkujących” 8h; warsztaty wyjazdowe integracyjne 2 dni, 16h):* | **Dane wykonawcy (nazwa, adres, NIP,nr telefonu)\*\*** | **Kwota wydatku\*\*\*** | **Imię i nazwisko pracownika, któremu dedykowane jest wsparcie:** | **Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu** *(w przypadku zaznaczenia zespołu PS, proszę wskazać liczbę osób, które wezmą udział w usłudze):* |
|   |   |  |   | * bezpośrednie wsparcie
* wsparcie zespołu PS - …….. pracowników
 |
|  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
* wsparcie zespołu PS - …….. pracowników
 |
|  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
* wsparcie zespołu PS - …….. pracowników
 |
|  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
* wsparcie zespołu PS - …….. pracowników
 |

 *\* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli*

\*\* jeśli jest wybrany wykonawca

\*\*\* może być orientacyjna, jeśli nie wybrano wykonawcy

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

*data i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania PS*/*PES przekształcanego w PS)*

|  |  |
| --- | --- |
|  **Wniosek złożony w dniu** |   |
| **Podpis pracownika Operatora przyjmującego wniosek** |   |

Decyzja Operatora: (wypełnia OWES):

* przyznano wsparcie reintegracyjne w wysokości ………………………………… zł
* nie przyznano wsparcia reintegracyjnego\*

 *\*zaznaczyć właściwe*

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

*Miejscowość, data ( Podpis i pieczęć osób uprawnionych do reprezentowania Operatora)*