|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez instytucję przyjmującą wniosek** | |
| **Nr Wniosku** |  |
| **Data złożenia wniosku** |  |

**Zestawienie poniesionych wydatków na realizację indywidualnego planu reintegracyjnego**

w ramach projektu „**Bialski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej 3.0"**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa PODMIOTU | | |  | | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, NA KTÓRĄ OTRZYMANO WSPARCIE | | |  | | | | | |
| Okres realizacji IPR  (zgodnie z umową o udzielenie dofinansowania realizacji IPR) | | | od | |  | | do |  | |
| **ZESTAWIENIE PONIESIONYCH KOSZTÓW** | | | | | | | | | |
| Lp. | Nr dokumentu | Nazwa towaru lub usługi | | Data zapłaty | | Kwota dokumentu netto | | Kwota dokumentu brutto | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |
| Łączna kwota kosztów | | | | | |  | |  | |
| Wnioskuję o refundację kosztów w wysokości (zł)\* | | | | | |  | | | |

\* Refundacja dot. wydatków w kwotach netto – podatek od towarów i usług VAT nie może być finansowany ze środków wsparcia reintegracyjnego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA** | | |
| 1 | Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. | |
|  | | |
| **podpisy**  Podpisy należy złożyć **CZYTELNIE**  - podpisy są składane zgodnie z reprezentacją podmiotu, wraz z pieczęcią podmiotu w imieniu, którego składane są podpisy. | | |
| **data wypełnienia ZESTAWIENIA** | |  |
| **podpisy ODBIORCY FINANSOWEGO WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO** | |  |
|  | | |
| **załączniki** | | |
| 1. | Kopie dokumentów finansowo-księgowych potwierdzających poniesione koszty wraz z potwierdzeniem zapłaty | |
| 2. | Oświadczenie o braku podwójnego finansowania - załącznik nr 1 do zestawienia | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECYZJA REALIZATORA PROJEKTU**  (wypełnia OWES) | | |
|  | | |
| **DECYZJA W SPRAWIE ZestawieniA poniesionych wydatków na realizację indywidualnego planu reintegracyjnego** | | |
| Zatwierdzam do refundacji wydatki wykazane w zestawieniu | | tak / nie / nie dotyczy\* |
| Zatwierdzam do refundacji wydatki wykazane w zestawieniu w obniżonej kwocie:  zatwierdzona kwota ............................................ zł | | tak / nie / nie dotyczy\* |
| Uzasadnienie obniżenia kwoty do refundacji | | |
|  | | |
| Nie zatwierdzam wydatków wykazanych w zestawieniu | | tak / nie / nie dotyczy\* |
| Uzasadnienie nie zatwierdzenia zestawienia | | |
|  | | |
| Miejscowość i data | Podpis przedstawiciela Realizatora projektu | |
|  |  | |

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do Zestawienia poniesionych wydatków na

realizację indywidualnego planu reintegracyjnego

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODWÓJNEGO FINANSOWANIA**

W imieniu podmiotu

(nazwa podmiotu)

Oświadczam, że w odniesieniu do wydatków wskazanych w *Zestawieniu poniesionych wydatków na realizację indywidualnego planu reintegracyjnego* nie występuje podwójne finansowanie, w tym w szczególności ze wsparciem finansowym na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w PS oraz środkami w ramach Krajowego Planu Odbudowy i resortowych programów wspierania ekonomii społecznej (np. Przedsiębiorstwo Społeczne + na lata 2023-2025).

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

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS OSOBY/OSÓB UPOWAŻNIONYCH

DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU