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

**Wniosek o udzielenie dofinansowania realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego**

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

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

|  |
| --- |
| **Część I. Informacje o wnioskodawcy** |
| Nazwa PODMIOTU |  |
| adres siedziby |  |
| forma prawna | * Spółdzielnia socjalna osób fizycznych
 |
| * Spółdzielnia socjalna osób prawnych
 |
| * Spółka z o.o. non profit
 |
| * Fundacja
 |
| * Stowarzyszenie
 |
| * Inna forma prawna:

……………………………………………*jaka?* |
| NIP |  |
| REGON |  |
| NR KRS |  |
| Dane teleadresowe(nr telefonu, adres email, strona www) |  |
| Data uzyskania statusu ps |  |
| Cel działalności przedsiębiorstwa społecznego - zgodnie z wykazem przedsiębiorstw społecznych | * reintegracja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym
 |
| * realizacja usług społecznych
 |

|  |
| --- |
| **Część II. DANE OSOBY, na którą wnioskowane jest wsparcie** |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| adres |  |
| sTATUS OSOBY – PRZESŁANKA DO OBJĘCIA WSPARCIEM | * osoba długotrwale bezrobotna, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
 |
| * osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
 |
| * 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
 |
| * osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
 |
| * 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 oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
 |
| * osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
 |
| * osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą
 |
| DATA ZATRUDNIENIA W PS |  |

|  |
| --- |
| **Część III. INFORMACJE O wnioskowanYM wsparciU** |
| Czas realizacji działań w ramach wsparcia (zgodnie z IPR) | od |  | do |  |
| Szczegółowy opis wsparcia zgodny z indywidualnym planem reintegracyjnym |
|  |
| W jaki sposób planowane we wniosku wsparcie przyczyni się do realizacji działań związanych z reintegracją społeczną i zawodową pracownika |
|  |
| Planowane efekty realizacji wsparcia reintegracyjnego |
|  |
| Harmonogram planowanego wsparcia |
| Rodzaj wsparcia | Czas trwania planowanego wsparcia (np. liczba godzin/dni) | Okres realizacji |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli

|  |
| --- |
| Zestawienie kosztów wsparcia |
| Rodzaj kosztu | J.m. | Koszt jednostkowy netto | Koszt jednostkowy brutto | Ilość | Łączny koszt netto | Łączny koszt brutto | Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu PS |
|  |  |  |  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
 |
| * wsparcie zespołu PS
 |
|  |  |  |  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
 |
| * wsparcie zespołu PS
 |
|  |  |  |  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
 |
| * wsparcie zespołu PS
 |
|  |  |  |  |  |  |  | * bezpośrednie wsparcie
 |
| * wsparcie zespołu PS
 |
| Planowany łączny koszt wsparcia reintegracyjnego |  |  |  |

\* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli

|  |
| --- |
| **część IV. pozostałe informacje** |
| OSOBA WYZNACZONA DO KONTAKTÓW ROBOCZYCH |
| Imię i Nazwisko |  |
| telefon |  |
| adres e-mail |  |
| **OŚWIADCZENIA** |
| 1. | Zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia reintegracyjnego |
| 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 |
| 3. | Oświadczam, że w przypadku zadań przewidzianych do realizacji i wydatków przewidzianych do poniesienia w ramach wniosku nie występuje podwójne finansowanie 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). |
| 4. | 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. |
| 5. | 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. |
|  |
| **podpisy**Podpisy należy złożyć **CZYTELNIE**- podpisy są składane zgodnie z reprezentacją podmiotu, wraz z pieczęcią podmiotu w imieniu, którego składane są podpisy. |
| **data wypełnienia wniosku** |  |
| **podpisy wnioskodawcy** |  |
|  |
| **załączniki** |
| 1. | Oferty potencjalnych wykonawców (screenshot, e-maile, itp.) - minimum 2 oferty do każdego rodzaju wsparcia |
| 2. | Indywidualny plan reintegracyjny pracownika, który ma być objęty finansowym wsparciem reintegracyjnym (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) |
| 3. | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis wraz z oświadczeniem o otrzymanej pomocy de minimis |
| 4. | Zaświadczenie, potwierdzające spełnienie przez osobę, na którą wnioskowane jest wsparcie warunków, o których mowa w §3 pkt. 3 Regulaminu udzielania wsparcia reintegracyjnego (tylko w przypadku, gdy wsparcie dot. osoby, na którą PS nie otrzymało wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w PS) |

|  |
| --- |
| **DECYZJA REALIZATORA PROJEKTU**(wypełnia OWES) |
| opiniA Specjalisty ds. reintegracji społecznej i zawodowej |
|  |
| Data spotkania ze Specjalistą ds. reintegracji społecznej i zawodowe poświęconego realizacji IPR |  |
| Miejscowość i data | Podpis Specjalisty ds. reintegracji |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DECYZJA W SPRAWIE WNIOSKU O udzielenie dofinansowania realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego** |
| Udzielam wsparcia we wnioskowanej kwocie | tak / nie / nie dotyczy\* |
| Udzielam wsparcia w obniżonej kwocie, tj. ............................. zł | tak / nie / nie dotyczy\* |
| Nie udzielam wsparcia | tak / nie / nie dotyczy\* |
| Miejscowość i data | Podpis przedstawiciela Realizatora projektu |
|  |  |

\* niepotrzebne skreślić