

Załącznik 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 PRZEDSIĘBIORSTWA 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	Dane wykonawcy (nazwa, adres, NIP, nr telefonu)**	Kwota wydatku***	Imię i nazwisko pracownika, któremu dedykowane jest wsparcie:	Wsparcie bezpośrednie czy dla całego zespołu
<i>(np. kurs „Excel dla początkujących” 8h; warsztaty wyjazdowe integracyjne 2 dni, 16h):</i>				<i>(w przypadku zaznaczenia zespołu PS, proszę wskazać liczbę osób, które wezmą udział w usłudze):</i>

				<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie <input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS - pracowników
				<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie <input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS - pracowników
				<input type="checkbox"/> bezpośrednie wsparcie <input type="checkbox"/> wsparcie zespołu PS - pracowników

* w razie potrzeby należy dodać wiersze w tabeli

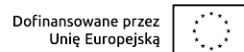
** jeśli jest wybrany wykonawca

*** 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)

Załącznik nr 1 do Wniosku o udzielenie wsparcia reintegracyjnego

Oświadczenie o zgodności zaplanowanych działań z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej objętej wnioskiem z IPR

.....
(miejsowość, data)

Ja, niżej podpisany/-a reprezentujący/-a:

.....

.....

(Nazwa i NIP Wnioskodawcy)

oświadczam, że zaplanowane działania z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej ujęte we wniosku o wsparcie reintegracyjne są zgodne z Indywidualnym Planem Reintegracyjnym pracownika/-ów oraz zobowiązuje się do udostępnienia IPR specjalistom ds. reintegracji społeczno-zawodowej

TAK

NIE



Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....
(podpis osoby upoważnionej)

Na podstawie udostępnionych Indywidualnych Planów Reintegracyjnych potwierdzam zgodność Indywidualnego Planu Reintegracyjnego z wnioskiem o wsparcie reintegracyjne

.....
Podpis specjalisty ds. reintegracji społeczno-zawodowej