Załącznik nr 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wpływu |  | *wypełnia realizator projektu* |
| Nr ewidencyjny |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA PODMIOTU/INSTYTUCJI/**

**PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ**

do projektu *„SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim/szczecińskim*\*”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa podmiotu/instytucji/podmiotu ekonomii społecznej |  |
| 2 | NIP  |  |
| 3 | REGON |  |
| 4 | NR KRS |  |
| 5 | Data zarejestrowania | ……./……./…………… r. |
| 6 | Adres siedziby[Ulica, Nr budynku, Nr lokaluKod pocztowy, Miejscowość] |  |
| Siedziba zlokalizowana jest na obszarze rewitalizacji zgodnie z przyjętym Lokalnym/ Gminnym Programem Rewitalizacji | * tak
* nie
 |
| 7 | Kraj/Województwo/Powiat/Gmina | Polska / Zachodniopomorskie/ |
| 8 | Osoba do kontaktu  |  |
| 9 | Telefon kontaktowy |  |
| 10 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| 11 | Obszar  | * miejski (teren położony w granicach administracyjnych miasta)
* wiejski (teren położony poza granicami administracyjnymi miast)
 |
| 12 | Typ podmiotu/ instytucji/podmiotu ekonomii społecznej | * podmiot ekonomii społecznej
* organizacja pozarządowa
* przedsiębiorstwo, w tym spółdzielnia socjalna
* jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych)
* instytut naukowo badawczy
* jednostka administracji rządowej
* organizacja pracodawców
* ośrodek wsparcia ekonomii społecznej
* placówka systemu oświaty
* podmiot wykonujący działalność leczniczą
* prokuratura
* instytucja rynku pracy
* sądy powszechne
* szkoła
* uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni
* związek zawodowy
* inne …………………………………………………………...
 |
| 13 | Czy podmiot posiada status OPP (1%) | * Tak
 | * Nie
 |
| 14 | Czy podmiot prowadzi odpłatną działalność pożytku publicznego | * Tak

[proszę dołączyć bilans, rachunek zysków i strat, informację dodatkową z ostatnich 3 lat] | * Nie
 |
| 15 | Czy podmiot prowadzi działalność gospodarczą | * Tak

[proszę dołączyć bilans, rachunek zysków i strat, informację dodatkową z ostatnich 3 lat] | * Nie
 |
| 16 | Czy podmiot otrzymał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc de minimis | * Tak

[proszę dołączyć kserokopię zaświadczenia/ zaświadczeń] | * Nie
 |
| Data i podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania podmiotu/ instytucji (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem) | Data ……./……/………………………………………………………………………………. podpis/y |
| **OŚWIADCZENIA** * Oświadczam/my, że zostałem/am/aliśmy poinformowani, iż otrzymane wsparcie dla naszego podmiotu, w ramach realizacji projektu „SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim/szczecińskim\*”, przekazywane jest w formie pomocy de minimis i potwierdzone stosownym zaświadczeniem.
* Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach. Jednocześnie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.
* Oświadczam/my, że reprezentowany/a przeze mnie podmiot/instytucja spełnia kryteria kwalifikowalności pozwalające na udział w Projekcie oraz zapoznałem/am się z Regulaminem Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej i przyjmuje jego warunki bez zastrzeżeń.

………………………………………………… …….…..……………………………………………………………. Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem) |

**Do formularza należy załączyć:**

1.1 Deklaracja uczestnictwa w projekcie “SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim/szczecińskim\*”;

1.2 Statut organizacji;

1.3 Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy w wyniku decyzji podjętej przez Komisję Europejską.

1.4 Oświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej w rozumieniu unijnego prawa konkurencji (dotyczy podmiotów prowadzących odpłatną działalność pożytku publicznego);

1.5 Sprawozdanie finansowe i merytoryczne za okres 3 ostatnich lat obrotowych, sporządzane zgodnie z przepisami
o rachunkowości (jeśli dotyczy);

1.6 Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, zgodnie ze wzorem zawartym
w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010, Dz. U. 2010, Nr 53, poz. 311 (jeśli dotyczy).

1.7 Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających.

1.8 Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

1.9 Deklaracja zawiązania grupy inicjatywnej na rzecz założenia i prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego (jeśli dotyczy).

1.10 Informacja dla podmiotów/ instytucji ukierunkowanych na założenie i prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego/ przekształcenie w przedsiębiorstwo społeczne (jeśli dotyczy)

\*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 1.1

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA PODMIOTU / INSTYTUCJI W PROJEKCIE**

Jako osoba/y uprawniona/ne do reprezentowania podmiotu/instytucji:

[nazwa podmiotu, adres / siedziba podmiotu]

1. deklaruję/my uczestnictwo w projekcie „SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim/szczecińskim\*” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Działanie 7.3.
2. deklaruję/my, że w wyniku działań prowadzonych w ramach wspomnianego projektu planuję/my podjąć kroki w celu utworzenia przedsiębiorstwa społecznego / podmiotu ekonomii społecznej / rozwoju podmiotu ekonomii społecznej / rozwoju sektora ekonomii społecznej w regionie *(niepotrzebne skreślić).*
3. Zobowiązuję/my się do:
* udziału w przeprowadzonej diagnozie potrzeb, mającej na celu opracowanie indywidualnej ścieżki wsparcia w ramach Sieci Zachodniopomorskiej Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej,
* regularnego uczestnictwa w proponowanym wsparciu, w tym w spotkaniach, zajęciach szkoleniowych, doradczych zgodnie z wyznaczoną ścieżką wsparcia,
* wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ankiet niezbędnych w procesie monitorowania projektu,
* udziału w badaniu ewaluacyjnym w trakcie i po zakończeniu realizacji projektu,
* informowania o efektach osiągniętych po zakończeniu realizacji projektu, związanych bezpośrednio z udzielonym wsparciem.
1. zostałam/em/liśmy poinformowana/y, że przysługuje mi/nam bezpłatne wsparcie, w tym:
* szkolenia (podstawowe/specjalistyczne/eksperckie/branżowe) i materiały szkoleniowe,
* wsparcie doradcze (podstawowe/specjalistyczne/biznesowe) i animacyjne,
* poczęstunek w trakcie udzielania wsparcia szkoleniowego/animacyjnego/doradczego,
* inne - zgodnie z ofertą Sieci Zachodniopomorskich Ośrodków Wsparcia Ekonomii Społecznej.

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem)

 \*niewłaściwe skreślić

Załącznik nr 1.3

**OŚWIADCZENIE O BRAKU OBOWIĄZKU ZWROTU POMOCY**

**W WYNIKU DECYZJI PODJĘTEJ PRZEZ KOMISJĘ EUROPEJSKĄ**

W związku z ubieganiem się przez …………………………………………………………………………… (nazwa podmiotu) o udział w projekcie pn. „SZOWES – OWES w regionie stargardzkim/szczecineckim/koszalińskim/ szczecińskim\*”, oświadczam/my, że na przedsiębiorstwie nie ciąży obowiązek zwrotu pomocy[[1]](#footnote-1) wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.

Ja/My, niżej podpisany/a/ni, jestem/jesteśmy świadom/a/mi odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem)

Załącznik nr 1.4

**OŚWIADCZENIE O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

**W ROZUMIENIU UNIJNEGO PRAWA KONKURENCJI**

*(wypełniają podmioty prowadzące odpłatną działalność pożytku publicznego)*

W związku z art. 2 ust. 16, 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2004 r. Nr 123, poz. 1291 z późn. zm.), oświadczam/my, iż:

[nazwa podmiotu, adres / siedziba podmiotu ubiegającego się o pomoc de minimis]

jest przedsiębiorstwem i prowadzi działalność gospodarczą rozumianą według unijnego prawa konkurencji w formie odpłatnej działalności pożytku publicznego.

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem)

Załącznik nr 1.7

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY *DE MINIMIS[[2]](#footnote-2) [1]* W BIEŻĄCYM ROKU KALENDARZOWYM ORAZ W 2 LATACH POPRZEDZAJĄCYCH**

W związku z art. 37 ust.1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U z 2004 r. Nr 123, poz. 1291z późn. zm), oświadczam, iż:

[nazwa podmiotu, adres / siedziba podmiotu ubiegającego się o pomoc de minimis]

otrzymała pomoc de minimis zgodnie z zapisami poniższej tabeli

Tabela powinna zawierać zestawienie pomocy publicznej otrzymanej w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych;

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy de minimis w [EURO]** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

Suma wartości pomocy wliczana do pomocy *de minimis* na dzień ubiegania się o przyznanie \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_r. [dzień, miesiąc, rok] wynosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro,

kwota słownie: Euro

Można udzielić pomoc *de minimis* do wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro brutto.,

kwota słownie: Euro

Miejscowość, data Czytelny podpis oraz pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu/instytucji (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem)

Załącznik nr 1.8

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

DLA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT EKONOMII SPOŁECZNEJ / INSTYTUCJĘ

*(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art.13 i art.14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
2. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru pn. „Projekty RPO WZ 2014 – 2020”;
3. minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
4. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
5. abi@wzp.pl
6. iod@miir.gov.pl
7. iod@karrsa.pl
8. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji projektu „SZOWES – OWES w regionie stargardzkim/szczecineckim/koszalińskim/szczecińskim\*” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (RPO WZ 2014-2020), w którym uczestniczy reprezentowany przez Panią/Pana podmiot.
9. Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit.
c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”.
10. Pani/Pana dane zostają powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt i partnerom - Koszalińska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A., ul. Przemysłowa 8, 75-216 Koszalin; Fundacja Nauka dla Środowiska, ul. Racławicka 15-17, 75-620 Koszalin; Gmina Miejska Wałcz, Plac Wolności 1, 78-600; 4C Centrum Ekonomii Społecznej Spółka
z o.o., ul. Adama Asnyka 9/17, 71-526 Szczecin; Aktywa Plus Emilia Kowalska, ul. Bolesława Śmiałego nr 39/2, 70-351 Szczecin; Fundacja Pod Aniołem, ul. Zacisze 1b/4, 73-110 Dobrzany; Fundacja Inicjatyw Społeczno-Gospodarczych KOMES, ul. Gen. Rayskiego 3/19, Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
13. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
14. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
15. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia przez podmiot, który Pani/Pan reprezentuje, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

**Oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam się z niniejszą klauzulą informacyjną, a jej treść jest dla mnie zrozumiała.**

Miejscowość, data Czytelny/e podpis/y osoby/ób

reprezentujących / działających z

upoważnienia podmiotu / instytucji zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem)

**\*** Podpis pod klauzulą informacyjną powinna złożyć każda osoba, której dane osobowe (w postaci chociażby imienia i nazwiska) zostały ujawnione w treści wypełnianej dokumentacji.

Załącznik 1.9

**DEKLARACJA ZAWIĄZANIA GRUPY INICJATYWNEJ NA RZECZ ZAŁOŻENIA I PROWADZENIA PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**.

My, niżej podpisani deklarujemy chęć uczestnictwa w projekcie „SZOWES - OWES w regionie koszalińskim/szczecineckim/stargardzkim/szczecińskim\*” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.

W związku z formalnymi wymogami projektu, wraz z wymienionymi poniżej osobami fizycznymi/ podmiotami tworzymy grupę inicjatywną, która wyniku zaplanowanej indywidualnej ścieżki wsparcia
i pozytywnej oceny Wniosku o przyznanie dotacji przekształci się/ zarejestruje w Krajowym Rejestrze Sądowym przedsiębiorstwo społeczne stworzy miejsce pracy na okres nie krótszy niż 12 miesięcy.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych”, akceptuje jego zapisy oraz zobowiązuje się przestrzegać zawartych tamże warunków uczestnictwa w Projekcie.

 (Imię i nazwisko/nazwa podmiotu lub instytucji):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Podmiot/instytucja** | **Data** | **Podpis** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |

Informacje kadry merytorycznej SZOWES (krótki opis grupy) *WYPEŁNIA WŁAŚCIWY OWES W SUBREGIONIE*

Miejscowość, data czytelny podpis przedstawiciela właściwego OWES

Załącznik nr 1.10

**INFORMACJA DLA PODMIOTÓW/ INSTYTUCJI UKIERUNKOWANYCH NA ZAŁOŻENIE I PROWADZENIE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO/ PRZEKSZTAŁCENIE W PRZEDSIĘBIORSTWO SPOŁECZNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I | Dane podmiotu/ instytucji | 1 | Nazwa instytucji/podmiotu |   |
| II | Dane członków grupy inicjatywnej osób wyznaczonych przez podmiot/ instytucję ze wskazaniem ich roli w strukturach podmiotu (można dodawać osoby) | 1 | Imię i nazwisko |   |
| Planowana rola w strukturach podmiotu |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |   |
| 2 | Imię i nazwisko |   |
| Planowana rola w strukturach podmiotu |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |   |
| 3  | Imię i nazwisko |   |
| Planowana rola w strukturach podmiotu |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |   |
| 4 | Imię i nazwisko |   |
| Planowana rola w strukturach podmiotu |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |   |
| 5 | Imię i nazwisko |   |
| Planowana rola w strukturach podmiotu |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |   |
| 6 | Imię i nazwisko |   |
| Planowana rola w strukturach podmiotu |  |
| Dane kontaktowe (telefon/mail) |   |
| III | Planowana działalność | 1 | Zamierzamy założyć przedsiębiorstwo społeczne/ przekształcić się w przedsiębiorstwo społeczne oraz utworzyć nowe miejsca pracy | □ TAK□ NIE  |
| 2 | Planowany termin powstania lub przekształcenia w przedsiębiorstwo społeczne (miesiąc/rok) |   |
| 3 | Forma wsparcia, której otrzymaniem grupa inicjatywa jest zainteresowana | ◻ Szkolenia◻ Doradca zawodowy/ psycholog/ mentoring/ tutoring◻ Doradztwo/doradztwo biznesowe ◻ Usługi reintegracyjne◻ Szkolenia zawodowe◻ Wizyty studyjne◻ Wsparcie finansowe◻ Wsparcie pomostowe◻ Wsparcie pomostowe niefinansowe◻ Inne jakie?…………………… |
| 4 | Rodzaj planowanej/ prowadzonej działalności | ◻ Handlowa◻ Usługowa◻ Produkcyjna |
| 5 | Numer PKD głównej planowanej /prowadzonej działalności |   |
| 6 | Opis zakresu planowanej/ prowadzonej działalności w tym sektor, branża, lokalizacja, licencje wymagane dla planowanej/ prowadzonej działalności itp.) |   |
| 7 | Oferta przedsiębiorstwa społecznego (oferowane produkty/ towary/usługi, cechy wyróżniające, pozwolenia i koncesje |  |
| 8 | Rynek na jakim będzie działać przedsiębiorstwo społeczne (zasięg, opis potencjalnych odbiorców, analiza konkurencji i dostawców itp.) |   |
| 9 | Opis mocnych stron i możliwości dalszego rozwoju planowanego przedsięwzięcia |   |
| 10 | Opis słabych stron i wskazanie zagrożeń, które mogą utrudnić realizację przedsięwzięcia oraz wskazanie działań naprawczych |   |
| 11 | Planowany koszt inwestycji – całkowita wartość brutto w tym: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| wartość przeznaczonej planowanej dotacji na utworzenie miejsca pracy(netto) – dotyczy również stawki jednostkowej | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| inne środki w wysokości brutto (określić jakie np. kredyt, środki własne, dotacje z innego źródła, pożyczka itp.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN |
| 12 | Wnioskowaną dotację na utworzenie miejsca pracy planujemy przeznaczyć na następujące inwestycje (wymienić) |   |
| 13 | Zakładamy zatrudnienie pracowników (w jakim terminie, liczba, rodzaj umowy: umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę, wielkość etatu). |   |
| 14 | W przypadku nieotrzymania wsparcia w formie dotacji na utworzenie miejsca pracy | * utworzymy miejsce/a pracy w nowym/istniejącym przedsiębiorstwie społecznym
* nie utworzymy miejsc/a pracy w nowym/istniejącym przedsiębiorstwie społecznym
 |
| 15 | Posiadane zasoby, w tym finansowe, osobowe, techniczne itp. |   |

|  |
| --- |
| Świadoma/-y/-i odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233§1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań w imieniu reprezentowanego przeze mnie/przez nas podmiotu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nazwa podmiotu/instytucji)składam/-y niżej następujące oświadczenia: |
| 1. Potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie informacji zawartych w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach.
2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, iż otrzymane wsparcie dla naszego podmiotu, w ramach realizacji projektu „SZOWES - OWES w regionie koszalińskim/szczecineckim/stargardzkim/ szczecińskim”, przekazywane jest w formie pomocy de minimis i potwierdzone stosownym zaświadczeniem.
3. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z „Regulaminem rekrutacji i przyznawania środków na finansowych na tworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwach społecznych” i akceptuję przedstawione warunki bez zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że reprezentowana/y przeze mnie instytucja/podmiot spełnia kryteria kwalifikowalności pozwalające na udział w Projekcie.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie zarówno na etapie rekrutacji, jak i na etapie oceny wniosków o przyznanie dotacji na utworzenie miejsca pracy i wsparcie pomostowe.
6. Oświadczam, że ……………………………………………..… (nazwa podmiotu/instytucji), który reprezentuję nie korzysta z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WZ 2014-2020 związanych z założeniem/ przystąpieniem lub zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (w tym spółdzielni socjalnej).
7. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję jest przedsiębiorstwem społecznym wpisanym na listę przedsiębiorstw społecznych lub zostanie wpisany na listę przedsiębiorstw społecznych po utworzeniu/ przekształceniu co jest obligatoryjne w przypadku przyznania i przekazania środków finansowych.
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| data | miejscowość | Podpis/-y osoby/-ób upoważnionej/-ych (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem) |
| Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów monitoringu oraz ewaluacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.). |
|  |  |  |
| data | miejscowość | Podpis/-y osoby/-ób upoważnionej/-ych (zgodnie z odpisem KRS lub innym równoważnym dokumentem) |

1. Zgodnie z art. 1 ust. 6 Rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych) (Dz. Urz. UE L214/3 z 9.8.2008) oraz par. 3 ust. 1 pkt 4 Rozporządzenia MRR z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania pomocy publicznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Dz. U. Nr 239, poz. 1598 z późn. zm.), Rozporządzenie MIiR z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020.

\*niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [1] *Pomoc de minimis* w rozumieniu art. 2 Rozporządzenia Komisji (WE) nr 1998/2006 z dnia 15 grudnia 2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 379/5 z 28.12.2006) oznacza pomoc przyznaną temu samemu podmiotowi gospodarczemu w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 tys. Euro (100 tys. Euro w sektorze transportu drogowego). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków ani innych opłat. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel. [↑](#footnote-ref-2)