Załącznik nr 7 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego

**Projekt pt. „Więcej biznesu na Podkarpaciu”**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,

**realizowany przez Leżajskie Stowarzyszenie Rozwoju**

na podstawie umowy nr UDA-POKL.06.02.00-18-014/13-00

zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie

**WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA POMOSTOWEGO**

do projektu realizowanego w ramach **Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**

**Priorytet VI** „Rynek pracy otwarty dla wszystkich”

**Działanie 6.2** „Wsparcie oraz promocja przedsiębiorczości i samozatrudnienia”

**Przed wypełnieniem formularza należy bezwzględnie zapoznać się z „Regulaminem udzielania wsparcia finansowego w ramach projektu”, dostępnych na** [**www.lsr.pl**](http://www.lsr.pl)**/dotacje lub w Biurze Projektu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez Realizatora projektu** | |
| Numer wniosku | /I/6.2/LSR/2014 |
| Data wpłynięcia |  |
| Godzina wpłynięcia |  |
| Podpis osoby przyjmującej |  |

**UWAGA:**

1. **Wniosek należy wypełnić elektronicznie** **w języku polskim. Dopuszcza się, aby pola z wyborem odpowiedzi (  ) zostały wypełnione ręcznie.**
2. **Niedopuszczalna jest ingerencja w treść i format formularza rekrutacyjnego. Usuwanie tekstu, tabel, logotypów, numeracji stron, zmiana wielkości i rodzaju czcionki itp. jest niedozwolone.**
3. **Każde białe pole powinno być wypełnione. W przypadku, gdy dane pole nie dotyczy kandydata, należy wpisać „nie dotyczy” lub „ n/d ”.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Uczestnika Projektu**   |  |  | | --- | --- | | **Imię i Nazwisko** |  | | **Adres** |  | | **Nr telefonu, fax** |  | | **e-mail** |  | |

**Dane Beneficjenta (Instytucji przyjmującej wniosek)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Nazwa** | Leżajskie Stowarzyszenie Rozwoju | | **Adres** | ul. Targowa 9, 37-300 Leżajsk | | **Nr telefonu, fax** | 017 242 79 08 | | **e-mail** | lsr@free.ngo.pl | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zgodnie z § 33 ust. 1 pkt 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia  15 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania pomocy publicznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wnoszę o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego na łączną kwotę: | | | | | |
|  | PLN | (słownie: |  | złotych) | |

w formie comiesięcznej pomocy w wysokości wysokości [[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - I transza - |  | PLN (słownie: | |  | | | złotych) | |
|  |  |  | |  | | |  | |
| - II transza - |  | PLN (słownie: | |  | | | złotych) | |
|  |  |  | |  | | |  | |
| - III transza - |  | PLN (słownie: | |  | | | złotych) | |
|  |  |  | |  | | |  | |
| - IV transza - |  | PLN (słownie: | |  | | | złotych) | |
|  |  |  | |  | | |  | |
| - V transza - |  | PLN (słownie: | |  | | | złotych) | |
|  |  |  | |  | | |  | |
| - VI transza - |  | PLN (słownie: | |  | | | złotych) | |
| wypłacanej w terminie od dnia | | |  | | do dnia |  | |

Termin określony powyżej, nie przekracza łącznie 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej.

**Uzasadnienie**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*..........................................................................*

#### Data i Podpis Uczestnika Projektu

**OŚWIADCZENIA**

**świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej w art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy i oświadczam, że:**

1. *nie byłem/-am karany/-a za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88 poz. 553, z późn. zm.) oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,*

**tak**  **nie**

1. *nie jestem karana/ - y karą dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240, z późń.zm.),*

**tak  nie**

1. *nie korzystam i nie będę korzystać z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach PO KL na pokrycie wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej bądź też spółdzielni lub spółdzielni socjalnej,*

**tak  nie**

1. *nie korzystam/nie skorzystałam (-em) z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych oraz nie ubiegam się o inną pomoc na pokrycie tych samych kosztów kwalifikowalnych na rozpoczęcie działalności gospodarczej,*

**tak  nie**

1. *nie jestem w stanie faktycznie rozpocząć prowadzenia działalności gospodarczej bez uzyskania wsparcia ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (zgodnie z zasadą minimalizowania zjawiska creamingu opisaną w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminie przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości),*

**tak  nie**

1. *W związku z ubieganiem się przeze mnie o środki finansowe na rozwój przedsiębiorczości z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz krajowego wkładu publicznego w ramach Programu Operacyjnego kapitał Ludzki na realizację inwestycji określonej w niniejszym Wniosku o przyznanie wsparcia finansowego oświadczam, iż zamierzam / nie zamierzam[[2]](#footnote-2) zarejestrować się jako płatnik podatku VAT. Jednocześnie w przypadku zmiany statusu podatnika i odzyskania podatku VAT poniesionego w związku z realizacją inwestycji objętej wsparcie w ramach Działania 6.2 PO KL zobowiązuję się do przeznaczenia odzyskanej kwoty podatku VAT na wydatki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,*

**tak  nie**

1. *informacje zawarte w niniejszym Wniosku o przyznanie wsparcia finansowego są zgodne z prawdą.*

**tak  nie**

*.............................................................................*

#### Data i Podpis Uczestnika Projektu

**OŚWIADCZENIE**

**osoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**

*Oświadczam, że nie korzystam równolegle z innych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanych z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. W przypadku wystąpienia możliwości refundacji ww. składek zgodnie z art. 1 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2008 r. Nr 237, poz. 1652) zrezygnuję z możliwości ubiegania się o refundację ze środków PFRON (****dotyczy tylko osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności****).*

**tak  nie**

*.............................................................................*

#### Data i Podpis Uczestnika Projektu

1. Wysokość finansowego wsparcia pomostowego nie może być wyższa niż 1600 zł i/lub równowartość minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu wypłaty dotacji. [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)