



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Jurajski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

Załącznik nr 1 do Umowy o udzielenie finansowego wsparcia reintegracyjnego

WNIOSEK

O UDZIELENIE WSPARCIA REINEGRACYJNEGO

- dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

| | |
|----------------------------------|--|
| Nr Wniosku | |
| Data i miejsce złożenia wniosku: | |

WNIOSKODAWCA - DANE

| | |
|--|--|
| Nazwa przedsiębiorstwa społecznego | |
| Forma prawna | |
| Adres siedziby | |
| Dane teleadresowe (nr telefonu, adres email, strona www) | |
| NIP | |
| REGON | |
| Numer w KRS lub w innej ewidencji lub rejestrze | |
| 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 PS: |
|--|----------------------------|



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.



JOWES

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, oficyna lok. 3 oraz 4,
42-202 Częstochowa,
tel. 34 325 71 42, fax 34 360 57 47
e-mail: arr@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Jurajski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

OŚWIADCZENIA:

W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsc pracy w przedsiębiorstwie społecznym oraz wsparcia reintegracyjnego.
2. 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.
3. Zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją projektu pn. „Jurajski Ośrodek Ekonomii Społecznej” (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 tzw. RODO) znajduje się na stronie internetowej <https://jowes.pl/> w zakładce <https://jowes.pl/rodoarr>

(miejscowość i data)

(podpis Wnioskodawcy zgodnie ze sposobem reprezentacji)



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.



JOWES

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, oficyna lok. 3 oraz 4,
42-202 Częstochowa,
tel. 34 325 71 42, fax 34 360 57 47
e-mail: arr@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl



Jurajski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA

Wsparcie reintegracyjne dotyczy pracownika PS wskazanego w tabeli¹ poniżej i jest zgodne z Indywidualnym Planem Reintegracyjnym pracownika PS (załącznik do wniosku).

| | |
|---|---|
| Imię i Nazwisko pracownika/cy uprawnionego/j do wsparcia (wraz ze wskazaniem formy i wymiaru zatrudnienia) | |
| Przesłanka kwalifikowalności do objęcia wsparciem reintegracyjnym | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwenta klubu integracji społecznej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego (uchylona) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba usamodzielniana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> osoba która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą |
| Okres realizacji IPR od - do | |
| Wnioskowana kwota wsparcia | 0,00 zł |
| Data rozpoczęcia i zakończenia wsparcia | |
| Miejsce realizacji wsparcia | |

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA – OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

| | |
|---|--|
| Rodzaj wsparcia (zgodnie z katalogiem zawartym w Regulaminie wsparcia reintegracyjnego) | WSPARCIE PODSTAWOWE |
| | <input type="checkbox"/> Wsparcie specjalistów <input type="checkbox"/> Wsparcie edukacyjne |
| | WSPARCIE UZUPEŁNIAJĄCE |
| | <input type="checkbox"/> Wsparcie integracyjne <input type="checkbox"/> Wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym <input type="checkbox"/> Sfinansowanie opieki nad osobami zależnymi <input type="checkbox"/> Inne |

¹ Wypełnić oddzielnie dla każdego pracownika





Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Jurajski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

| | |
|--|--|
| <p>Nazwa, opis i cena planowanego wydatku (należy przedstawić krótki opis, liczbę godzin/dni, koszt jednostkowy, szczegóły dotyczące ewentualnej cykliczności, itp.) <i>np. kurs „Excel dla początkujących” 8h 300, 00 zł; warsztaty integracyjno - edukacyjne 2 dni, 16h 1000,00 zł)</i></p> | |
|--|--|

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

| | | |
|---|--|------------------------------|
| 1 | Deklaracja uczestnictwa w projekcie | tak/ nie/ nie dotyczy |
| 2 | Dokumenty poświadczające kwalifikowalność osób objętych wsparciem | tak/ nie/ nie dotyczy |
| 3 | Indywidualny Plan Reintegracji – kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem | tak/ nie/ nie dotyczy |
| 4 | Umowa o pracę – kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem | tak/ nie/ nie dotyczy |
| 5 | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis | tak/ nie/ nie dotyczy |
| 6 | Oświadczenie o pomocy de minimis | tak/ nie/ nie dotyczy |
| 7 | Kopia decyzji o nadaniu statusu PS | tak/ nie |
| 8 | Inne (jakie?) | tak/ nie/ nie dotyczy |

(miejscowość i data)

(podpis Wnioskodawcy zgodnie ze sposobem reprezentacji)



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.



JOWES

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, oficyna lok. 3 oraz 4,
42-202 Częstochowa,
tel. 34 325 71 42, fax 34 360 57 47
e-mail: arr@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Jurajski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

| OCENA WNIOSKU O UDZIELENIE FINANSOWEGO WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO | | |
|--|---|--|
| 1 | Wniosek spełnia wymogi Regulaminu wsparcia finansowego | tak/nie* |
| 2 | Wniosek jest kompletny i czytelny | tak/nie* |
| 3 | Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> częściowo |
| 4 | Opiekun wsparcia merytorycznego i reintegracyjnego rekomenduje przyznanie finansowego wsparcia reintegracyjnego | tak/nie* |
| 5 | Uwagi (opcjonalnie) | |
| Data | | |
| Podpis opiekuna | | |
| DECYZJA W SPRAWIE WNIOSKU O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO | | |
| 1 | Udzielam wsparcia we wnioskowanej kwocie: _____ zł | tak/nie/nie dotyczy* |
| 2 | Udzielam wsparcia w obniżonej kwocie: _____ zł | tak/nie/nie dotyczy* |
| 3 | Nie udzielam wsparcia | tak/nie/nie dotyczy* |
| Data | | |
| Podpis Kierownika | | |
| *) niepotrzebne skreślić | | |



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.



JOWES

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, oficyna lok. 3 oraz 4,
42-202 Częstochowa,
tel. 34 325 71 42, fax 34 360 57 47
e-mail: arr@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl