**WNIOSEK O PRZYZNANIE PODSTAWOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

projekt

***„Twój biznes – Twoja przyszłość”***

**nr *RPWP.06.03.01-30-0063/17***

w ramach

*Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020*

**Oś Priorytetowa 6**

*RYNEK PRACY*

**Działanie 6.3**

*Samozatrudnienie i przedsiębiorczość*

**Poddziałanie 6.3.1**

*Samozatrudnienie i przedsiębiorczość*

|  |
| --- |
| ***Wypełnia Beneficjent*** |
| **Data wpływu Wniosku do biura projektu .................................. podpis .....................................**  **Numer ewidencyjny ……………………………** |

|  |
| --- |
| INSTRUKCJA  Wniosek należy wypełnić odręcznie (czytelnie) lub elektronicznie w języku polskim (preferowana forma elektroniczna).  Wniosek należy przedłożyć w 2 egzemplarzach.  Wszystkie wymagane rubryki/pola wniosku należy wypełnić.  Oryginał wniosku powinien zostać podpisany przez uprawnioną osobę.  Załączniki należy złożyć w dwóch egzemplarzach, kopie powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem |

**CZĘŚĆ A) INFORMACJE OGÓLNE**

**Dane Beneficjenta pomocy (Uczestnika projektu):**

*Imię i nazwisko, nazwa przedsiębiorstwa, miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (adres), nr telefonu, e-mail* :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. nr 59, poz. 404, z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielenia pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020, wnoszę o przyznanie podstawowego wsparcia pomostowego w formie:

1. comiesięcznej pomocy w wysokości[[1]](#footnote-1)……………………………………………PLN (słownie: ……………………………………………………………………… PLN) wypłacanej w okresie od ………………… do ………………… zgodnie z niniejszym wnioskiem. Powyższy okres nie przekracza łącznie 12 miesięcy od dnia zarejestrowania działalności gospodarczej.
2. specjalistycznego wsparcia doradczego, świadczonego w okresie od ………………… do ………………… Powyższy okres nie przekracza łącznie 12 miesięcy od dnia zarejestrowania działalności gospodarczej.

**UZASADNIENIE**

| **Miesiąc** | **Nazwa wydatku/kosztu** | **Uzasadnienie/metodologia wyliczenia** | **Kwota** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **SUMA ZA MIESIĄC…………………….:** | | |  |
|  |  | **RAZEM:** |  |

**Opis planowanej działalności gospodarczej:**

…………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………

…………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………

**Cele jakie planuje się zrealizować przy wykorzystaniu wnioskowanych środków finansowych oraz wsparcia doradczego:**

…………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...…………

**Planowana data rozpoczęcia korzystania ze wsparcia pomostowego:**………………………………………………

**Planowana data zakończenia korzystania ze wsparcia pomostowego:**……………………………………………….

**CZĘŚĆ B) OŚWIADCZENIA**

**Ja niżej podpisany/a** ……………………………………………………………………………………………………………………….…

(imię i nazwisko)

**zamieszkały/a** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

**legitymujący/a się dowodem osobistym** ………………………………………………………………………………………….

**wydanym przez** ……………………………………………………….……………………………………………………………….………

**świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

oświadczam, że:

1. nie byłem/am karany/a za przestępstwo popełnione przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *– Kodeks karny* (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
2. nie uzyskałem/am wsparcia pomostowego tego samego typu, o jakie się ubiegam;
3. nie ubiegam się o inną pomoc publiczną dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych lub tego samego projektu, na realizację którego jest udzielana pomoc *de minimis,*
4. nie korzystałem/am z innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych lub tego samego projektu, na realizację którego jest udzielana pomoc *de minimis*,
5. otrzymałem/am, w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających, pomoc *de minimis* w wysokości ……………………... Do oświadczenia dołączam zaświadczenia dokumentujące otrzymanie pomocy de minimis.\*
6. nie otrzymałem/am w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających pomocy de minimis.\*
7. zamierzam/nie zamierzam\* zarejestrować się jako płatnik VAT.

\*Niewłaściwe skreślić.

*…………………………………………………….……*

*(Data i Podpis Beneficjenta pomocy)*

Do niniejszego wniosku załącza się następujące dokumenty:

1. Biznesplan na okres 2 lat działalności przedsiębiorstwa

1. W projekcie przewidziano bezzwrotną pomoc finansową w formie comiesięcznego dofinansowania w kwocie nieprzekraczającej 1600,00 zł brutto [↑](#footnote-ref-1)