



WNIOSEK O PRYZNANIE 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 wysokości¹..... 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.....:			

¹ W projekcie przewidziano bezzwrotną pomoc finansową w formie comiesięcznego dofinansowania w kwocie nieprzekraczającej 1600,00 zł brutto



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.....:			
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