*Projekt pn.:* ***„Twoja szansa na dobrą przyszłość!”*** *nr POWR.01.02.01-04-0038/19 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, realizowany przez* ***La Soleil Monika Piecuch***

*(Oś priorytetowa I Rynek pracy otwarty dla wszystkich; Działanie 1.2 Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy - projekty konkursowe*

*Poddziałanie 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego).*

*Zał. nr 1 do REGULAMINU PRZYZNAWANIA DOTACJI NA ROZPOCZĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRZEDŁUŻONEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

Realizacja wsparcia odbywa się w ramach projektu „Twoja szansa na dobrą przyszłość!”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE W TABELI WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK** | |
| Data przyjęcia wniosku |  |
| Numer Identyfikacyjny Wniosku |  |
| Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

I DANE UCZESTNIKA PROJEKTU(I-IV WYPEŁNIA UCZESTNIK PROJEKTU)

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

Nr tel.:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

II ZAKRES WSPARCIA:

1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej: ……………………………
2. Data zawarcia umowy na przyznanie dotacji na rozpoczęcie działalności gospodarczej, …………. nr ewidencyjny umowy ……………………..
3. Uzasadnienie konieczności udzielenia wsparcia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

III WNIOSEK

Zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* oraz Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju 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 (Dz.U. RP poz. 1073 z dnia 30 lipca 2015 r.) wnoszę o przyznanie przedłużonego wsparcia pomostowego w formie:

- comiesięcznej pomocy w wysokości 1 000,00 PLN (słownie: ………………………….. złotych) wypłacanej w okresie od dnia………………….. do dnia ………………….

Okres określony powyżej, nie przekracza łącznie okresu 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej liczonego łącznie z okresem udzielenia pomocy w formie podstawowego wsparcia pomostowego, przyznanej na postawie umowy nr……….................. z dnia………….……………..……..

IV UZASADNIENIE

* stopień realizacji biznes planu (przychody, koszty, odchylenia):

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

* problemy z płynnością finansową wynikają z:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

V OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/a ………………………..(*imię i nazwisko*), zamieszkały/a……………………. (*adres zamieszkania*), legitymujący/a się dowodem osobistym…………………………………….. (*seria i numer dowodu osobistego*), wydanym przez ………………………………………………

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że informacje zawarte w niniejszych oświadczeniach są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

1. **nie byłem(am) / 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
3. **nie korzystałem(am) / korzystałem(am)\*** z innej pomocy, **ubiegam / nie ubiegam**\* się o udzielenie innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych lub tego samego projektu, na realizację którego jest udzielana pomoc *de minimis.*
4. 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\* (jeżeli dotyczy)
5. oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym oraz w 2 latach poprzedzających nie otrzymałem/am pomocy de minimis\* (jeżeli dotyczy)
6. nie zalegam/zalegam ze składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz nie zalegam z uiszczeniem podatków.

\*Właściwe podkreślić

………..………………………… ………………..…………………………

**Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu**