



### Załącznik nr 1

## WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO

- finansowanie lub dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego

<b>Nr wniosku</b>	
<b>Data i miejsce złożenia wniosku</b>	

### DANE WNIOSKODAWCY:

<b>Nazwa przedsiębiorstwa społecznego</b>	
<b>Adres siedziby</b>	
<b>Adres oddziału</b>	
<b>KRS</b>	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>Data uzyskania statusu PS</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	





**DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU W SPRAWIE WNIOSKU:**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Numer telefonu</b>	
<b>Adres e-mail</b>	

**DANE OSOBY PLANOWANEJ DO OBJĘCIA WSPARCIEM REINTEGRACYJNYM:**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Planowana forma zatrudnienia</b>	
<b>Planowany wymiar zatrudnienia</b>	

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:**

<b>Wnioskowana kwota wsparcia</b>	
-----------------------------------	--





**OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ:**

<b>Rodzaj wsparcia</b>	<input type="checkbox"/> Wsparcie specjalistyczne. <input type="checkbox"/> Wsparcie edukacyjne. <input type="checkbox"/> Wsparcie integracyjne. <input type="checkbox"/> Wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym. <input type="checkbox"/> Wsparcie, w którym udział mogą wziąć osoby z otoczenia pracownika objętego IPR. <input type="checkbox"/> Inne wynikające z IPR.
<b>Data rozpoczęcia wsparcia</b>	
<b>Data zakończenia wsparcia</b>	

<b>PLANOWANE WYDATKI</b>			
L.p.	Nazwa wydatku	Opis wydatku	Uzasadnienie (zgodnie z IPR)





**OŚWIADCZENIE:**

W imieniu Wnioskodawcy oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania wsparcia reintegracyjnego.
2. Zapoznałem/am się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez OWES, pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych w związku z realizacją projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Suwałkach” (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE) 2016/679 tzw. RODO).

<b>Miejscowość, data</b>	<b>Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu</b>

**WYPEŁNIA PRACOWNIK OWES:**

**OPINIA SPECJALISTY DS. REINTEGRACJI**

<b>Data</b>	<b>Czytelny podpis specjalisty ds. reintegracji</b>





### DECYZJA REALIZATORA

Udzielam wsparcia reintegracyjnego w wysokości: .....  
(słownie: .....)

<b>Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis</b>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
--	--

Nie udzielam wsparcia z powodu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Data</b>	<b>Czytelny podpis Realizatora</b>

