**WNIOSEK O PRZYZNANIE FINANSOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

w ramach

***Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego***

***na lata 2014 – 2020***

**Oś Priorytetowa 10** ***Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian***

**Działanie 10.2 *Programy typu outplacement***

***Tytuł projektu:*** *Nowe kwalifikacje - więcej możliwości*

***Nr umowy:***RPLU.10.02.00-06-0055/17

|  |
| --- |
| **Data wpływu Formularza**: ………………………………………………………  **Numer ewidencyjny:** ………………………………………………………………  **Czytelny podpis:** ………………………………………………………………………  ***(wypełnia Beneficjent)*** |

**Dane Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imiona |  |
| PESEL, miejsce urodzenia |  |
| Miejsce zameldowania |  |
| Telefon |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Nazwa przedsiębiorstwa |  |
| Adres wykonywania działalności gospodarczej oraz numer telefonu |  |
| Planowana data rozpoczęcia działalności  i zakończenia realizacji przedsięwzięcia |  |
| Przedmiot i zakres przedsięwzięcia /zgodnie z PKD/ |  |
| Forma prawna przedsięwzięcia |  |
| Wysokość łącznej kwoty wnioskowanego wsparcia finansowego (PLN) |  |

**Wnioskuję o przyznanie wsparcia pomostowego finansowego** na łączną kwotę w wysokości ……………….PLN (słownie: ………………………………………………), w formie comiesięcznej pomocy   
w wysokości........…………………….PLN (słownie: …………………………………………………………..) **przez okres od 1 miesiąca do ...............[[1]](#footnote-1) miesiąca prowadzenia działalności gospodarczej   
w ramach projektu „*Nowe kwalifikacje - więcej możliwości”.***

**……………………………………………… ………….…………………………………**

**(miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)**

**Uzasadnienie otrzymania wparcia**

|  |
| --- |
| **1) Opis planowanej działalności gospodarczej** |
|  |
| **2) Cele jakie planuje się zrealizować przy wykorzystaniu wnioskowanych środków finansowych** |
|  |
| **3) Uzasadnienie konieczności udzielenia wsparcia finansowego** |
|  |
| **4) Prognoza sytuacji przedsiębiorstwa na najbliższe 12 miesięcy** |
|  |

**Szacunkowe zestawienie wydatków, na które będzie przeznaczone finansowe wsparcie** **pomostowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Kategoria wydatku** | **Planowana kwota wydatków (zł)** | | | | | | | | | | | | |
| **Miesiąc** | | | | | | | | | | | | **RAZEM** |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII |  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie w miesiącu:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE O NIEOTRZYMANIU INNEJ POMOCY   
DOTYCZĄCEJ TYCH SAMYCH KOSZTÓW KWALIFIKOWALNYCH**

w ramach

***Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego***

***na lata 2014 – 2020***

**Oś Priorytetowa 10** ***Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian***

**Działanie 10.2 *Programy typu outplacement***

***Tytuł projektu:*** *Nowe kwalifikacje - więcej możliwości*

***Nr umowy:***RPLU.10.02.00-06-0055/17

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

*(imię i nazwisko)*

**zamieszkały/a ..................................................................................................**

*(adres zamieszkania)*

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

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

**Oświadczam, że**

Nie uzyskałem/am wsparcia pomostowego tego samego typu, o jakie się ubiegam i nie korzystam z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowalnych oraz nie ubiegam się   
o inną pomoc dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych.

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

1. Minimalny okres wnioskowanego wsparcia pomostowego finansowego wynosi 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej. [↑](#footnote-ref-1)