**Załącznik nr 1**

**WNIOSEK O UDZIELENIE WSPARCIA REINTEGRACYJNEGO**

**- finansowanie lub dofinansowanie realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr wniosku** |  |
| **Data i miejsce złożenia wniosku** |  |

**DANE WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Adres oddziału** |  |
| **KRS** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Data uzyskania statusu PS** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **PESEL** |  |
| **Planowana forma zatrudnienia** |  |
| **Planowany wymiar zatrudnienia** |  |

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowana kwota wsparcia** |  |

**OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia**  | ☐ Wsparcie specjalistyczne. ☐ Wsparcie edukacyjne.☐ Wsparcie integracyjne.☐ Wsparcie związane z wykluczeniem komunikacyjnym. ☐ Wsparcie, w którym udział mogą wziąć osoby z otoczenia pracownika objętego IPR. ☐ Inne wynikające z IPR.  |
| **Data rozpoczęcia wsparcia** |  |
| **Data zakończenia wsparcia** |  |

|  |
| --- |
| **PLANOWANE WYDATKI** |
| **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. „……………………………………………………………………………………………………………………………………….……….” (obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE) 2016/679 tzw. RODO).  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Miejscowość, data** | **Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu** |

**WYPEŁNIA PRACOWNIK OWES:**

|  |
| --- |
| **OPINIA SPECJALISTY DS. REINTEGRACJI**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Data** | **Czytelny podpis specjalisty ds. reintegracji** |

**DECYZJA REALIZATORA**

☐ Udzielam wsparcia reintegracyjnego w wysokości: ……………………………………………………………

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………….)

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowane wsparcie jest pomocą de minimis** | **☐ TAK** **☐ NIE** |

☐ Nie udzielam wsparcia z powodu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Data** | **Czytelny podpis Realizatora** |