**Załącznik nr 6 do Regulaminu przyznawania środków finansowych na założenie własnej działalności gospodarczej oraz wsparcia pomostowego**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE FINANSOWEGO WSPARCIA POMOSTOWEGO**

**w ramach projektu pn. „Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości 2”**nr **RPLU.09.03.00-06-0054/21**

w ramach   
***Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 - 2020***

**Oś Priorytetowa 9** *Rynek pracy* **Działanie 9.3** *Rozwój przedsiębiorczości*

**W sytuacji, gdy dokument jest składany papierowo musi być podpisany oraz parafowany na każdej stronie przez Uczestniczkę/Uczestnika Projektu.**

**Uczestniczka/Uczestnik Projektu musi wypełnić wszystkie pola we wniosku. Jeśli jakieś pytanie/polecenie go nie dotyczy, należy wpisać „nie dotyczy”.**

**Tytuł projektu: „Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości 2”**

**NR REFERENCYJNY WNIOSKU: …………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE UCZESTNICZKI/ UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** |  |
| **Adres prowadzenia działalności gospodarczej** |  |

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Rozwoju w sprawie udzielania pomocy *de minimis* oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 z dnia 02.07.2015 r. wnoszę o udzielenie wsparcia finansowego na rozpoczęcie działalności gospodarczej w celu sfinansowania wydatków umożliwiających rozpoczęcie i funkcjonowanie przedsiębiorstwa.

1. **Wsparcie pomostowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskuję o przyznanie finansowego wsparcia pomostowego w wysokości** | …………………………………….. PLN netto |
| **Okres wypłaty wsparcia pomostowego** | ………………………………………. miesięcy |
| **Łączna kwota wypłaty wsparcia pomostowego (przez cały wnioskowany okres)** | …………………………………….. PLN netto |

1. **Zestawienie wydatków ze wsparcia pomostowego – do wysokości 1800,00zł netto/miesiąc**

**(bez podatku VAT) w całym okresie otrzymywania wsparcia pomostowego (tj. max.12 miesięcy) z wyszczególnieniem wydatków przeznaczonych na składki na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku** | **Uzasadnienie poniesienia wydatku** | **Wartość (netto)** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **RAZEM** | | |  |

*W razie konieczności i potrzeby – proszę dodawać kolejne wiersze w tabeli do przedstawienia większej ilości planowanych wydatków.*

1. **Proszę w kilku zdaniach wskazać, jakie cele i założenia uda się Pani/ Panu zrealizować przy wykorzystaniu wskazanego powyżej finansowego wsparcia pomostowego**

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

**Świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

**oświadczam, że:**

1. na dzień składania niniejszego wniosku spełniam kryteria kwalifikujące do udziału  
   w projekcie,
2. informacje zawarte w formularzu rekrutacyjnym i oświadczeniach nie uległy zmianie   
   na dzień składania wniosku,
3. zapoznałam/ zapoznałem się z Regulaminem przyznawania środków finansowych na założenie własnej działalności gospodarczej oraz wsparcia pomostowego w ramach projektu „Świdnicki Inkubator Przedsiębiorczości 2”

*Miejscowość …………..……………..*, *dnia* *…………………………*

*………………………………………………*

*(Podpis Uczestniczki/ Uczestnika Projektu)*

***Załączniki***

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis lub oświadczenie o nieotrzymaniu pomocy de minimis
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
3. Zestawienie planowanych wydatków
4. Oświadczenie o nie korzystaniu równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowanych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego, związanych   
   z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe