# **Wniosek o zakwalifikowanie do projektu i udzielenie pomocy de minimis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu wniosku** | 16.09.2020 |

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Projektu „Szkolenia pracowników transportu zbiorowego
w zakresie potrzeb osób o szczególnych potrzebach, w tym osób z niepełnosprawnościami”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.

Proszę o udzielenie mi pomocy de minimis w wysokości odpowiadającej kosztom ww. szkolenia dla zgłaszanych pracowników, zgodnie z załączoną do Wniosku dokumentacją.

|  |
| --- |
| 1. **DANE PROJEKTU**
 |
| Priorytet, w ramach którego realizowany jest Projekt | Oś priorytetowa II – Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji |
| Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt | Działanie 2.6 – Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych |
| Beneficjent | Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych |
| Okres realizacji Projektu | 1 lipca 2019 r. – 30 czerwca 2023 r. |
| Numer Projektu | POWR.02.06.00-00-0063/19 |
| Tytuł Projektu | Szkolenia dla pracowników sektora transportu zbiorowego w zakresie potrzeb osób o szczególnych potrzebach, w tym osób z niepełnosprawnościami |
| Miejsce realizacji Projektu | Cała Polska |

|  |
| --- |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY**
 |
| Nazwa | ABC Sp. z o.o. |
| Numer NIP | 4745231252 | Numer KRS | 0000026262 |
| 1. **DANE TELEADRESOWE**
 |
| Miejscowość | Wrocław | Kod pocztowy | 54-061 |
| Powiat | Wrocław | Województwo | dolnośląskie |
| Ulica | Główna | Numer ulicy/lokalu | 351 |
| Telefon kontaktowy | 22 600 60 60 | Adres e-mail | abc@mail.pl |
| 1. **DANE TELEADRESOWE DO KORESPONDENCJI[[1]](#footnote-1)**
 |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Województwo |  |
| Ulica |  | Numer ulicy/lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| 1. **POMOC OBJĘTA WNIOSKIEM[[2]](#footnote-2)**
 |
| Forma pomocy | Dotacja |
| Wnioskowana wartość pomocy | 10 000,00 PLN |

|  |
| --- |
| 1. **UZASADNIENIE WNIOSKU**
 |
| Krótkie uzasadnienie wniosku, ukazujące trudności związanez obsługą osób o szczególnych potrzebach w zakresie działalności | W naszej działalności z zakresu transportu pasażerskiego pracownicy spotykają się z następującymi trudnościami:- trudności w komunikacji z osobami niepełnosprawnymi- niedostosowanie umiejętności do potrzeb osób niepełnosprawnych- itd.  |

Załączniki do wniosku:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
2. Wykaz uczestników objętych wnioskiem
3. Wykaz kosztów objętych pomocą
4. Oświadczenie o nienależeniu do kategorii wyłączonych z możliwości otrzymania pomocy
5. Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy publicznej
6. Informacja o ochronie danych osobowych
7. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa
8. Kwestionariusze osobowe dla Uczestników
9. Załącznik/i dot. otrzymywanej pomocy de minimis (zaznaczyć odpowiednią opcję poniżej).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Do wniosku załączam oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy de minimis lub o jej nieotrzymywaniu w roku, w którym wnioskuję o pomoc i w dwóch poprzednich zamkniętych latach obrotowych. |
|  |
| X | Do wniosku załączam kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis w roku, w którym wnioskuję o pomoc i w dwóch poprzednich zamkniętych latach obrotowych. |
|  | Załączam  | 4 | takich dokumentów. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Wnioskodawca |

1. Wypełnić tylko, jeśli dane do korespondencji są inne niż wskazane w danych teleadresowych w części 3. [↑](#footnote-ref-1)
2. W zgodności z Załącznikiem nr 3 do wniosku. [↑](#footnote-ref-2)