# **Wniosek o dołączenie do projektu i udzielenie pomocy publicznej**

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

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 publicznej 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 | 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 | Cała Polska |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Numer NIP |  | Numer KRS |  |
| 1. **DANE TELEADRESOWE** | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Województwo |  |
| Ulica |  | Numer ulicy/lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |
| 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **UZASADNIENIE WNIOSKU** | |
| Krótkie uzasadnienie wniosku, ukazujące trudności związane z obsługą osób  o szczególnych potrzebach w zakresie działalności |  |

Załączniki do wniosku:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc   
   w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
2. Wykaz uczestników objętych wnioskiem
3. Wykaz kosztów objętych pomocą
4. Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy publicznej
5. Informacja o ochronie danych osobowych
6. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa
7. Kwestionariusze osobowe uczestników
8. Dokumenty pozwalające potwierdzić możliwość otrzymania zgodnej z prawem pomocy w formie rekompensaty z tytułu świadczenia usług publicznych, takie jak umowa   
   o świadczenie usług publicznych z zakresu publicznego transportu zbiorowego, akt prawny wydany przez właściwy organ organizatora transportu zbiorowego, akt założycielski przedsiębiorcy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załączam |  | 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)