**Wniosek**

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

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

Proszę o zakwalifikowanie mnie do Projektu „Szkolenia dla pracowników sektora 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. – 31 grudnia 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 |  | | |
| Numer NIP |  | Numer KRS |  |
| 1. **DANE TELEADRESOWE** | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Gmina |  |
| Województwo |  | | |
| Ulica |  | Numer ulicy/lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |
| 1. **DANE TELEADRESOWE DO KORESPONDENCJI[[1]](#footnote-1)** | | | |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Gmina |  |
| Województwo |  | | |
| Ulica |  | Numer ulicy/lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  | Adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **POMOC OBJĘTA WNIOSKIEM[[2]](#footnote-2)** | |
| Forma pomocy |  |
| 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 de minimis (do pobrania na stronie: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/projekty/projekty-ue/program-operacyjny-wiedza-edukacja-rozwoj/szkolenia-dla-pracownikow-sektora-transportu-zbiorowego-w-zakresie-potrzeb-osob-o-szczegolnych-potrzebach-w-tym-osob-z-niepelnosprawnosciami/regulamin-szkolen-i-dokumenty-do-pobrania/dokumenty-do-pobrania/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. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa
7. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
8. Kwestionariusze osobowe Uczestników objętych wnioskiem
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. | | |
|  |
|  | 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 |  | 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)