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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 publicznej (pomocy szkoleniowej) 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. – 31 marca 2023 r. |
| Numer Projektu | POWR.02.06.00-00-0063/19 |
| Tytuł Projektu | Szkolenia pracowników transportu zbiorowego w zakresie potrzeb osób  o szczególnych potrzebach, w tym osób  z niepełnosprawnościami |
| Miejsce realizacji | 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 | Gmina | M. 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 | 8 589,04 PLN |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **UZASADNIENIE WNIOSKU** | |
| Krótkie uzasadnienie wniosku, ukazujące trudności związane z 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 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 nienależeniu do kategorii wyłączonych z możliwości otrzymania pomocy
5. Oświadczenie o wielkości przedsiębiorstwa
6. Oświadczenie o braku obowiązku zwrotu pomocy publicznej
7. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa
8. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych
9. Kwestionariusze osobowe Uczestników objętych wnioskiem
10. Wykaz niezbędnego zakwaterowania pracowników niepełnosprawnych
11. Oświadczenie o nieznajdowaniu się w trudnej sytuacji
12. Oświadczenie o niepodjęciu uprzedniego zobowiązania do udziału w szkoleniu
13. Dokumenty pozwalające potwierdzić sytuację finansową i wielkość przedsiębiorcy (aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, sprawozdania finansowe za ostatnie trzy lata obrachunkowe, informacje o wielkości zatrudnienia w przeliczeniu na roczne jednostki zatrudnienia, inne dokumenty)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załączam | 10 | 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 5 do wniosku. [↑](#footnote-ref-2)