***WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA POMOSTOWEGO***

***W PROJEKCIE „Biznes z POWEREM II - wsparcie przedsiębiorczości młodych mieszkańców m. Łodzi”***

realizowanego w ramach

Osi Priorytetowej I – RYNEK PRACY OTWARTY DLA WSZYSTKICH

Działania 1.2 Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy

Poddziałania 1.2.1 Wsparcie udzielane w ramach EFS
Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

**Nr identyfikacyjny:** ……………………………

**Data wpływu:** ……………………………

(wypełnia Beneficjent)

 Ja, niżej podpisana/podpisany …………………………………………...…………………. (imię i nazwisko), zamieszkała/zamieszkały w ……..……………………………........................... ………………………………………………………………………………………………..………….. PESEL ……………….………………………… wnoszę o przyznanie finansowego wsparcia pomostowego w wysokości …………………….[[1]](#footnote-1) zł netto miesięcznie, przez okres ………….. miesięcy (maks. 6 miesięcy), liczone od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru.

 Jednocześnie świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, oświadczam, że nie korzystałem/am i nie będę korzystać równolegle z dwóch różnych źródeł na pokrycie tych samych wydatków kwalifikowalnych ponoszonych w ramach wsparcia pomostowego w projekcie „Biznes z POWEREM II - wsparcie przedsiębiorczości młodych mieszkańców m. Łodzi”, związanych z opłacaniem składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

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

 miejscowość, data podpis Wnioskodawcy

**Zestawienie planowanych wydatków w ramach wsparcia pomostowego**

W tabeli należy przedstawić sposób wydatkowania środków finansowego wsparcia pomostowego wskazując rodzaje wydatków i kwotę wydatków do poniesienia w całym okresie, w jakim uczestnik będzie otrzymywał wsparcie pomostowe (maks. 6 miesięcy).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesięczne wydatki ponoszone z finansowego wsparcia pomostowego**  | **Wartość wydatków****netto/m-c, tj. bez podatku VAT** | **Uzasadnienie wydatków**  | **Uwagi** |
| **1** | **Składka ZUS - społeczna** |  |  |  |
| **2** | **Składka ZUS - zdrowotna** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

W razie potrzeby proszę wstawić kolejne wiersze.

**Uzasadnienie potrzeby otrzymania wsparcia pomostowego:**

|  |
| --- |
|  |

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

 miejscowość, data podpis Wnioskodawcy

1. Maksymalnie 2 800,00 zł. [↑](#footnote-ref-1)