**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego w formie grantów dla istniejących podmiotów ekonomii społecznej w zakresie wsparcia dla usług oferowanych przez podmioty ekonomii społecznej w ramach projektu „MOWES - Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Krakowski Obszar Metropolitalny”**

**nr RPMP.09.03.00-12-0048/16 realizowanego w ramach Osi Priorytetowej 9, Działania 9.3**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020**

**współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego – wersja 2.0**

**Wniosek o dofinansowanie Inicjatywy**

**\* POLA OBOWIĄZKOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje o Realizatorze Inicjatywy (Wnioskodawcy)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. Dane podmiotu ekonomii społecznej (PES)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Pełna nazwa podmiotu\*** | | | | |  | | | | | | | | |
| **2** | **Forma organizacyjno-prawna\*** | | | | | fundacja | | | | | | CIS | | |
| stowarzyszenie | | | | | | KIS | | |
| kościelna os. prawna | | | | | | ZAZ | | |
| spółka non-profit | | | | | | WTZ | | |
| spółdzielnia | | | | | | | | |
| inne, jakie? | | | | | | | | |
| **3** | **NIP\*** | | | | |  | | | | **Brak NIP** | | | TAK | |
| **4** | **Regon\*** | | | | |  | | | | | | | | |
| **5** | **KRS lub nazwa i nr innego właściwego rejestru\*** | | | | |  | | | | | | | | |
| **B. Adres siedziby/oddziału** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Województwo\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| **2** | **Powiat** | | |  | | | | | | | | | | |
| **3** | **Gmina** | | |  | | | | | | | | | | |
| **4** | **Ulica\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| **5** | **Nr domu\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| **6** | **Nr lokalu** | | |  | | | | | | | | | | |
| **7** | **Miejscowość\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| **8** | **Kod pocztowy\*** | | |  | | | | | | | | | | |
| **C. Dane osoby kontaktowej** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Imię Nazwisko\*** | | | |  | | | | | | | | | |
| **2** | **Telefon kontaktowy\*** | | | |  | | | | | | | | | |
| **3** | **Adres e-mail\*** | | | |  | | | | | | | | | |
| **4** | **Adres do korespondencji\*** | | | |  | | | | | | | | | |
| **D. Rodzaj działalności prowadzonej przez Wnioskodawcę\*** | | | | | | | | | | | | | | |
| działalność statutowa nieodpłatna  działalność statutowa odpłatna  działalność gospodarcza | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. Informacje Inicjatywie** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Tytuł Inicjatywy \*** | | |  | | | | | | | | | | |
| **2** | **Czas trwania Inicjatywy \*** | | | Od | | | | | Do | | | | | |
| **III. Opis Inicjatywy** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Streszczenie Inicjatywy\***  Proszę opisać na czym będzie polegała inicjatywa?  UWAGA: Inicjatywa musi dotyczyć wsparcia usług oferowanych przez Wnioskodawcę (zgodnie z § 4 ust. 3 Regulaminu). Proszę również napisać jaki będzie końcowy rezultat realizacji Inicjatywy.  (rekomendowana liczba znaków: 2500) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Cel główny i cele szczegółowe Inicjatywy\***  Proszę opisać cel główny i cele szczegółowe inicjatywy.  UWAGA: Cel główny, cele szczegółowe Inicjatywy muszą wpisywać się w cele konkursu (zgodnie z § 4 ust. 3 Regulaminu). Cele muszą spełniać kryteria SMART, tzn. muszą być konkretne i proste, mierzalne, realne do osiągnięcia w trakcie realizacji Inicjatywy i określone w czasie.  (rekomendowana liczba znaków: 2000) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Jakie działania będą realizowane w ramach Inicjatywy? \*** Proszę opisać sposób realizacji działań zaplanowanych w ramach Inicjatywy oraz kolejne etapy ich realizacji.  UWAGA: Zaplanowane działania powinny być spójne i adekwatne względem zaplanowanych celów, tj. w wyniku realizacji działań cel główny i cele szczegółowe powinny zostać osiągnięte w trakcie realizacji Inicjatywy. Opis działań powinien być precyzyjny i szczegółowy.  (maksymalnie 8 000 znaków). | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3a. Czy w ramach Inicjatywy będą wspierane usługi z obszarów istotnych z punktu widzenia Krajowego Programu Rozwoju Ekonomii Społecznej (KPRES) i/lub Regionalnego Planu Rozwoju Ekonomii Społecznej dla Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 (zgodnie z załącznikiem nr 6 do Regulaminu udzielania wsparcia finansowego)**  Jeśli tak, to proszę wpisać rodzaj usług objętych Inicjatywą i krótko uzasadnić | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Harmonogram działań\***  **UWAGA: Proszę pamiętać, żeby działania z harmonogramu były zgodne z opisem działań w punkcie III.3 Wniosku.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Działanie** | | | | | | | | | | | **Termin realizacji**  **(daty od-do)** | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |
| **5. Wskaźniki realizacji celu inicjatywy\***  Proszę wymienić jakie będą wskaźniki potwierdzające osiągnięcie celu inicjatywy w trakcie jej realizacji (wskaźniki produktu i rezultatu) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa wskaźnika** | | | | | | | | **Sposób pomiaru** | | | | **Jednostka miary** | | **Wartość wskaźnika** |
| **WSKAŹNIKI PRODUKTU** *(np. liczba nowych produktów/usług, liczba nowych klientów, liczba godzin szkolenia, liczba przeszkolonych osób, liczba zakupionych urządzeń)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| **WSKAŹNIKI REZULTATU** *(np. liczba/procent pracowników, którzy zwiększyli swoje kompetencje w wyniku udziału w Inicjatywie; liczba/procent klientów, którzy są zadowoleni z nowej usługi/nowego produktu)* | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| **6. Czy zostały już podjęte jakieś działania przygotowawcze?**  Jeśli tak, to jakie? Czy Inicjatywa jest kontynuacją poprzednich działań? (rekomendowana liczba znaków: 1000) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Czy Inicjatywa wymaga dodatkowych zezwoleń?**  Jeśli tak to jakich? (np. koncesje, pozwolenia na budowę, konieczność zmian zapisów statutu lub innych dokumentów wewnętrznych, konieczność zmiany w KRS )  (rekomendowana liczba znaków: 2000) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Obszar realizacji Inicjatywy\***  Proszę opisać miejsce realizacji Inicjatywy i jej zasięg (np. miasto/powiat/gmina/województwo) (rekomendowana liczba znaków: 500) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Uzasadnienie realizacji Inicjatywy\***  Proszę napisać w jaki sposób realizacja Inicjatywy przyczyni się do rozwoju usług Wnioskodawcy – rozwój jest rozumiany zgodnie z § 4 ust. 2 regulaminu jako: podniesienie jakości oraz/lub poszerzenie katalogu oferowanych przez Wnioskodawcę usług i/lub produktów lub rozwój Wnioskodawcy)  (rekomendowana liczba znaków: 1500) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Trwałość Inicjatywy\***  Proszę napisać w jakim sposób Inicjatywa daje realną szansę na trwały rozwój usług Wnioskodawcy, czy jest przedsięwzięciem jednorazowym, czy wpisuje się w długofalowe plany Wnioskodawcy.  (rekomendowana liczba znaków: 1500) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Ekonomiczny wymiar Inicjatywy\***  Proszę napisać w jaki sposób realizacja Inicjatywy wpłynie na ekonomizację działań Wnioskodawcy. Proszę napisać w ramach jakiej działalności realizowana będzie Inicjatywa (statutowa odpłatna/nieodpłatna). Proszę napisać o ewentualnym zamiarze odpłatnego wykonania działań w ramach Inicjatywy.  Przez ekonomizację rozumie się:  - rozpoczęcie działalności statutowej odpłatnej lub zwiększenie skali prowadzonej działalności statutowej odpłatnej,  - rozpoczęcie działalności gospodarczej lub zwiększenie skali prowadzonej działalności gospodarczej.  Ekonomizacja nie musi nastąpić w trakcie realizacji Inicjatywy – wystarczy, że dane działanie zostanie zrealizowane testowo w ramach działalności statutowej nieodpłatnej, ale docelowo (po zakończeniu Inicjatywy) będzie realizowane w formule odpłatnej.  (rekomendowana liczba znaków: 1500) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **12 Informacja o wnioskodawcy\***  Proszę krótko opisać działalność wnioskodawcy – kiedy rozpoczęto działalność, czym się zajmuje dany podmiot, w jakiej branży działa, informacja o przychodach za ostatni rok kalendarzowy (tj. suma przychodów z działalności statutowej, gospodarczej, innych przychodów), ile osób zatrudnia, ilu członków zrzesza itp. (rekomendowana liczba znaków: 2000) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **13.** **Doświadczenie wnioskodawcy\***  Krótki opis doświadczenia wnioskodawcy w realizacji projektów i/lub innych przedsięwzięć podobnych do tego, którego dotyczy wniosek (wymagane jest podanie minimum tytułu projektu, okresu realizacji, wysokości budżetu, celów projektu). Jeśli wnioskodawca nie posiada doświadczenia w tym zakresie, to należy opisać doświadczenie osób, które będą zaangażowane w realizację działań objętych Inicjatywą.  (rekomendowana liczba znaków: 2500) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **14.** **Potencjał rozwojowy wnioskodawcy\***  Proszę krótko napisać czy wnioskodawca podejmuje inne działania służące rozwojowi swojej organizacji, np. doskonali metody pracy, poszukuje nowych obszarów działań, dba o rozwój zawodowy pracowników/członków organizacji)(rekomendowana liczba znaków: 2000) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. Część Finansowa (plik EXCEL) \*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **B1** | **Inne informacje mogące mieć znaczenie przy ocenie budżetu (części IV)** | |  | | | | | | | | | | | |
| **B2** | **Informacja o planowanych przychodach z tytułu realizacji Inicjatywy (np. opłaty od uczestników/klientów)** | |  | | | | | | | | | | | |
| **V. Oświadczenia** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczenia osoby/osób uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy (zgodnie z dokumentami rejestrowymi) \*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** | Oświadczam, że zgodnie z wymogami instytucja, którą reprezentuję, jest uprawniona do uczestnictwa w konkursie.  TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | |
| **2.** | Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.  TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** | Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udziału w projekcie oraz Regulaminem udzielania wsparcia finansowego dla istniejących podmiotów ekonomii społecznej w zakresie wsparcia dla usług oferowanych przez podmioty ekonomii społecznej w ramach Projektu „MOWES – Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Krakowski Obszar Metropolitalny”.  TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | |
| **4.** | Oświadczam, że w chwili składania wniosku o dofinansowanie Wnioskodawca nie ma prawnej możliwości odzyskania w żaden sposób poniesionego kosztu VAT. Dodatkowo zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Grantodawcy o wystąpieniu prawnej możliwości odzyskania podatku VAT oraz do zwrotu zrefundowanej ze środków unijnych części VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie tego podatku w przyszłości.  TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | |
| **5.** | Oświadczam, iż nie występują powiązania kapitałowe lub osobowe pomiędzy Wnioskodawcą a Grantodawcą / Partnerem Konkursu / członkami KOW / partnerami realizującymi Projekt MOWES lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w ich imieniu lub osobami wykonującymi w ich imieniu czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury Konkursu a Wnioskodawcą, polegające w szczególności na:   1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, 2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, 3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, 4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.   TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | |
| **Czy Wnioskodawca jest odbiorcą wsparcia w ramach projektu** „**MOWES – Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Krakowski Obszar Metropolitalny”** | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | |
| **Jeśli Wnioskodawca nie jest objęty wsparciem w ramach projektu** „**MOWES – Małopolski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – Krakowski Obszar Metropolitalny”,** do niniejszego formularza załącza**\***:  Załącznik nr 1 – KRS lub inny odpis z właściwego rejestru  Załącznik nr 2 – Formularz informacji o otrzymanej pomocy *de minimis* (jeżeli dotyczy)  Załącznik nr 3 – Oświadczenie o wysokości otrzymanej pomocy *de minimis* za ostatnie 3 lata wraz z kserokopiami zaświadczeń (jeżeli dotyczy) lub oświadczenie o nieotrzymaniu, w roku kalendarzowym, w którym Wnioskodawca składa wniosek oraz w poprzedzających go dwóch latach kalendarzowych, pomocy de minimis  z różnych źródeł i w różnych formach  Załącznik nr 4 – Statut / umowa spółki | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość\*** | | **Data\*** | | | | | **Czytelny podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy (zgodnie z dokumentami rejestrowymi) \*** | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | |