**Załącznik nr 2 do Regulaminu Świadczenia Usług Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY INSTYTUCJI** | |
| **Tytuł projektu** | **Lokalny Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej – subregion żyrardowski** |
| **Nr projektu** | **RPMA.09.03.00-14-b019/18** |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020** |
| **Numer i nazwa Osi Priorytetowej** | **IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem** |
| **Numer i nazwa Działania** | **9.3 Rozwój ekonomii społecznej** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** |  | **Pełna nazwa instytucji/ podmiotu** |  | |
|  | **NIP** |  | |
|  | **Typ instytucji/ podmiotu** | podmiot ekonomii społecznej *(****wg definicji w Regulaminie****)*,  w tym:  przedsiębiorstwo społeczne  podmiot reintegracyjny (WTZ, ZAZ, CIS, KIS)  podmiot sfery gospodarczej (np. spółdzielnia pracy, inwalidów i niewidomych, org. pozarządowa z działalnością gospodarczą)  podmiot działający w sferze pożytku publicznego, prowadzący **wyłącznie** działalność nieodpłatną / odpłatną pożytku publicznego | |
| jednostka samorządu terytorialnego (oprócz szkół i placówek oświatowych) | |
| instytucja rynku pracy | |
| szkoła – jaka …….. | |
| uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni | |
| instytut naukowo – badawczy | |
| przedsiębiorstwo (inne niż przedsiębiorstwo społeczne)  duże przedsiębiorstwo  średnie przedsiębiorstwo  małe przedsiębiorstwo  mikroprzedsiębiorstwo | |
| inny - jaki …………… | |
|  | **Czy podmiot prowadzi działalność gospodarczą?** | TAK | Jeśli tak, to czy spełnia warunki ubiegania się o pomoc *de minimis*  TAK  NIE  NIE WIEM |
| NIE | |
|  | **Czy podmiot prowadzi działalność odpłatną pożytku publicznego?** | TAK | Jeśli tak, to czy spełnia warunki ubiegania się o pomoc *de minimis*  TAK  NIE  NIE WIEM |
| NIE | Jeśli nie, to czy ma w statucie lub uchwale zapis umożliwiający prowadzenie działalności odpłatnej pożytku publicznego  TAK  NIE  NIE WIEM |
|  | NIE DOTYCZY | |
| **Dane teleadresowe instytucji** |  | **Kraj** | POLSKA | |
|  | **Województwo** | mazowieckie | |
|  | **Powiat** |  | |
|  | **Gmina** |  | |
|  | **Miejscowość** |  | |
|  | **Ulica** |  | |
|  | **Nr budynku** |  | |
|  | **Nr lokalu** |  | |
|  | **Kod pocztowy, poczta** |  | |
|  | **Telefon kontaktowy** |  | |
|  | **Adres poczty email** |  | |
| 17. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie | |  | |
| 18. | Rodzaj przyznanego wsparcia | | Usługa wsparcia ekonomii społecznej | |

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe, i jestem pouczony, i świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis osoby/osób reprezentującej/ych podmiot |