**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 |