

 Załącznik nr 2 do Regulaminu określającego zasady udzielania bezzwrotnej dotacji na założenie działalności gospodarczej oraz finansowego wsparcia pomostowego
w Powiecie Konińskim/Powiatowym Urzędzie Pracy w Koninie w ramach projektu
pt.: Podnoszenie i zmiana kwalifikacji oraz aktywizacja zawodowa pracowników Grupy Kapitałowej

Zespołu Elektrowni Pątnów – Adamów – Konin zorientowana na utworzenie i utrzymanie miejsc pracy.

 „Droga do zatrudnienia po węglu.” *nr FEWP.10.01-IZ.00-0006/23* realizowanego w ramach *Programu*

*Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021-2027 (FEW)* *współfinansowanego*

*ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji (FST)*

Priorytet 10 Sprawiedliwa transformacja Wielkopolski Wschodniej

Działanie 10.1 Rynek pracy, kształcenie i aktywne społeczeństwo wspierające transformację gospodarki

# OŚWIADCZENIE

**dot. rozliczenia finansowego wsparcia pomostowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu /nazwa przedsiębiorstwa** |  |
| **Adres** |  |
| **Numer umowy****o udzielenie bezzwrotnej dotacji na założenie działalności gospodarczej oraz finansowego wsparcia pomostowego** |  |

Niniejszym oświadczam, że wydatkowanie przyznanych mi środków w ramach finansowego wsparcia pomostowego za miesiąc ………………………………………………………………roku

w wysokości ………………………………………………………………………………………… PLN (słownie złotych:……………………………………………………………………………………)

dokonano zgodnie z Wnioskiem w sprawie przyznania bezzwrotnej dotacji na założenie działalności gospodarczej oraz finansowego wsparcia pomostowego oraz ww. Umową.
Zestawienie poniesionych wydatków stanowi załącznik do niniejszego oświadczenia.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Finansowe wsparcie pomostowe było wydatkowane wyłącznie w celu sfinansowania podstawowych kosztów funkcjonowania i rozwoju przedsiębiorstwa w początkowym okresie działania;
2. Ze środków wsparcia pomostowego finansowego wydatki były ponoszone wyłącznie w kwotach netto, tj. bez podatku VAT;
3. Płaciłem/am obowiązkowe składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy;
4. Nie otrzymałem/am innej pomocy publicznej dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych wsparcia pomostowego finansowego ujętych w załączniku do niniejszego oświadczenia, na realizację których jest udzielana pomoc de minimis;
5. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z Kodeksu karnego, a tym samym dane zamieszczone w niniejszym oświadczeniu oraz załączonym do niego zestawieniu dokumentów są zgodne ze stanem rzeczywistym;
6. Zobowiązuję się do przechowywania wszelkiej dokumentacji związanej z poniesionymi wydatkami przez okres 10 lat;
7. Wydatki ujęte w załączniku do niniejszego oświadczenia nie były finansowane z innych środków publicznych;
8. Ze środków wsparcia pomostowego nie zostały sfinansowane wydatki poniesione w ramach dotacji.

 (data i podpis Uczestnika Projektu)

# Załącznik do oświadczenia

# dotyczącego rozliczenia finansowego wsparcia pomostowego

# – *Zestawienie poniesionych wydatków w ramach finansowego wsparcia pomostowego*

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** **Uczestnika Projektu****/nazwa działalności gospodarczej:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Numer umowy o udzieleniu bezzwrotnej dotacji na założenie działalności gospodarczej oraz finansowego wsparcia pomostowego** |  |
| **Data zawarcia umowy o udzieleniu wsparcia finansowego** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Nazwa wydatku** | **Kwota netto** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |

 **Kwota otrzymanej transzy**……………………………………………………………………

 **Procent otrzymanej transzy**…………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|    |  |
|   | data i podpis Uczestnika Projektu |

|  |  |
| --- | --- |
| **Załączniki:** | **TAK/NIE** |
| 1. Potwierdzenie zapłaty należności wobec ZUS
 |  |
| 1. Faktury lub równoważne dokumenty źródłowe wraz z potwierdzeniami zapłaty dotyczące wydatków ujętych o Oświadczeniu dot. rozliczenia finansowego wsparcia pomostowego
 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** | **NIE DOTYCZY** |
| 1. Stwierdzam prawidłowość sporządzonego rozliczenia wsparcia pomostowego
 |  |  |  |
| 1. Wszystkie wydatki ujęte w zestawieniu są zasadne w ramach prowadzonej działalności
 |  |  |  |
| 1. Dostarczono dokumenty potwierdzające uregulowanie należności wobec ZUS
 |  |  |  |
| ***Rozliczenie zweryfikował:******(data, czytelny podpis pracownika)*** | ***Rozliczenie zatwierdził:******(data, czytelny podpis pracownika)*** |
|  |  |