



Nazwa beneficjenta, do którego wnioskuję się o wypłatę zaległego świadczenia (przejmującego wypłatę zaległych świadczeń)*:

.....

Numer projektu:

.....

WNIOSEK O WYPŁATĘ ZALEGŁYCH ŚWIADCZEŃ

Proszę o wypłacenie mi zaległych świadczeń w postaci**:

- Stypendium stażowego /za miesiące /, /w kwocie/
- Stypendium szkoleniowego /za miesiące /, /w kwocie/
- Innych świadczeń (należy wpisać jakich, np. zwrot kosztów dojazdu, zwrot kosztów opieki nad dzieckiem /za miesiące /, /w kwocie/

przysługujących mi w związku z uczestnictwem w projekcie PO WER.

1. Dane projektu, w ramach którego powstała należność*:

1.1 Numer projektu: POWR.01.02.01-14-0135/15	1.2 Tytuł projektu: „MAD-młodzi, aktywni, doświadczeni”	
1.3 Okres realizacji projektu: 01.04.2016r. – 31.03.2018r.		
1.4 Kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie: 1. Wiek 15-29 lat 2. Status osoby na rynku pracy: osoba, która nie pracuje, nie kształci się, nie szkoli (w okresie 4 tygodni przed przystąpieniem do projektu)		
Dane beneficjenta:		
1.5 Nazwa beneficjenta: Enterprise Investment Zarządzanie Ryzykiem Katarzyna Książek	1.6 Regon: 932036901	1.7 NIP: 8942344838
1.8 Adres siedziby beneficjenta (z umowy o dofinansowanie): Plac Solidarności 1/3/5 lok. 218, 53-661 Wrocław		

* Dane wypełnia Instytucja Pośrednicząca

** Dane wypełnia uczestnik w porozumieniu z Instytucją Pośredniczącą.



2. Dane Wnioskodawcy (uczestnika projektu):

2.1 Nazwisko			
2.2 Imiona			
2.3 Płeć:		<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
2.4 Nr PESEL			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
2.5 Adres zamieszkania (wg kodeksu cywilnego):			
2.6 Telefon:		2.7 E-mail:	
2.8 Numer konta bankowego do wypłaty należnego świadczenia:			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

3. Oświadczenia***

3.1 Oświadczam, że w miesiącu/ach odbyłem/am staż/szkolenie w ramach projektu wskazanego w pkt 1 niniejszego *Wniosku o wypłatę zaległych świadczeń* i za okres od do nie otrzymałem/am należnego mi wynagrodzenia/innego świadczenia /należy wskazać nazwę świadczenia/ w kwocie zgodnie z umową z dnia zawartą pomiędzy

Staż/szkolenie został/o przeze mnie zrealizowany/e na warunkach określonych w umowie, co potwierdzam listą obecności, zaakceptowaną przez pracodawcę/Zaświadczeniem o odbytych szkoleniu /niepotrzebne skreślić/.

3.2 Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu, o którym mowa w pkt 1, tj. na dzień: spełniałem/am kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie, wymienione w pkt 1.4 niniejszego *Wniosku o wypłatę zaległych świadczeń*.

3.3 Wyrażam wolę kontynuacji wsparcia/nie wyrażam woli kontynuacji wsparcia w projekcie nr /niepotrzebne skreślić/.

3.4 Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

3.5 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez

.....



(nazwa Beneficjenta przejmującego wypłatę zaległych świadczeń) na potrzeby wypłaty zaległych świadczeń.

3.6 Jestem świadomy/ma, iż złożenie wniosku po terminie wskazanym przez właściwą Instytucję Pośredniczącą uniemożliwia wypłatę stypendium, a dalsze roszczenia względem uregulowania zobowiązań mogą kierować wyłącznie do **Enterprise Investment Zarządzanie Ryzykiem Katarzyna Książek**, tj. Beneficjenta, o którym mowa w pkt 1.

*** Oświadczenia wypełnia uczestnik.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

- Umowa o realizację stażu/szkolenia.
- Lista obecności potwierdzająca realizację stażu/Zaświadczenie o odbytym szkoleniu.
- Formularz danych osobowych uczestnika wraz z oświadczeniem/upoważnieniem w sprawie przetwarzania danych osobowych w ramach projektu.
- Inne:.....