



**PROGRAM SPECJALNY
„Równać szanse”**



Załącznik nr 2

Włodawa, dnia.....

.....
/Imię i Nazwisko/

.....
/adres/

Powiatowy Urząd Pracy we Włodawie

**WNIOSEK O PRYZNANIE
WSPARCIA POMOSTOWEGO**

Zwracam się prośbą o przyznanie wsparcia pomostowego w ramach **programu specjalnego „Równać szanse”** zgodnie z zapisami § 8, ust. 6, pkt. 6.1 „Regulaminu realizacji programu specjalnego Równać szanse”.

Rozliczenie wsparcia pomostowego będzie dokonywane na podstawie złożonych dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione wydatki związane z prowadzeniem działalności gospodarczej.

W ramach wsparcia pomostowego Uczestnik Programu może sfinansować wydatki, których rodzaj określa poniższy katalog:

- **koszty usług księgowych,**
- **koszty działań informacyjno-promocyjnych**
- **koszty administracyjne (w tym ZUS)**

.....
(podpis wnioskodawcy)