PROJEKTET HAR FÖR AVSIKT ATT KÖPA IN FÖLJANDE:

MEDFINANSIERINGSINTYG FRÅN MEDFINANSIÄREN  
  
(ESF-rådet har ingen mall)

**INTYG om stöd av mindre betydelse och försäkran om att inget annat offentligt stöd mottagits för samma projekt (PO1)**

**Uppgifter som fylls i av stödsökanden/projektägaren** (det vill säga den som har fått i uppdrag av Svenska ESF-rådet att genomföra utvecklingsinsatsen):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Projektets namn: |  | |
| Ärende-ID: |  | |
|  | |  |

**Uppgifter som fylls i av företag/organisationer/föreningar som deltar i projektet/utvecklingsinsatsen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Företagets namn (deltagande företag/organisation/förening): |  | |
| Org.nummer / personnummer: |  | |
| Bransch: |  | |
| Har ditt företag tidigare mottagit någon form av stöd av mindre betydelse under innevarande och två föregående år[[1]](#footnote-1)? | | Ja  Nej |

Om frågan besvarats med ett ja, var vänlig ange vilka stöd det rör sig om:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beviljande myndighet eller offentlig aktör | Datum för beslut | Syftet med stödet | Stödbelopp i kronor |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Försäkran om att inget annat offentligt stöd mottagits för samma projekt.**

Härmed försäkras att ovannämnda företag inte har mottagit eller kommer att motta annat offentligt stöd för samma projekt.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum: |  |
| Underskrift av behörig företrädare för företaget: |  |
| Namnförtydligande: |  |

VANLIGA FEL:

* Arbetstid beräknas på 10,71 månad per år
* Varje deltagare ska verifiera sin närvaro varje månad (rutiner för deltagarredovisning behövs).
* Stödsökande kan bara själv medfinansiera genom ”kontant medfinansiering från projektägaren”.

**Bekräftelse av ansökan**

|  |  |
| --- | --- |
| **Projektnamn:** | |
| **Utlysningens namn och diarienummer:** | |
| **Organisationens namn:** | **Organisationsnummer:** |
| **Arbetsställets namn:** | **Cfar-nummer:** |

**Jag bekräftar att de uppgifter som lämnats i ansökan, inklusive bilagor, är riktiga.**

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
| **Ort och datum:**  **---------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **Namnteckning behörig företrädare**  **---------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **Namnförtydligande** |

**Bifoga underlag som styrker att personen är behörig att företräda projektet.**

**Missivet skickas till Svenska ESF-rådet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Postadress:**  **Svenska ESF-rådet**  **Övre Norrland**  **Box 943**  **971 28 Luleå** |  |

INKÖPSPOLICY

* Bifogas

INFORMATION OM RESURSEFFEKTIVITET

1. Hur mycket tid ska personalen ägna åt deltagarna -med deltagarna hands on?

(alltså, bort med OH-tid, planering, personalmöten med mera)

Svara i timmar eller %

2. Hur mycket tid ska (eventuell) extern tjänst ägna åt deltagarna? – med deltagarna hands on?

Svara i timmar eller %

3. Hur många deltagare ska i genomsnitt vara med samtidigt i projektaktiviteterna?

EVENTUELLA SAMVERKANSAVTAL

* Bifogas i förekommande fall

Projektplaneringsmetodik / Förändringsteori (se bilaga)

1. [↑](#footnote-ref-1)