**Załącznik nr 1: Budżet projektu z podziałem na Partnera wiodącego i pozostałych Partnerów**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Podmiot będący stroną partnerstwa | Kwota dofinansowania | Wkład własny | Łączne środki podmiotu będącego stroną partnerstwa |
| Partner wiodący |  |  |  |
| Partner 1 |  |  |  |
| Partner 2 |  |  |  |
| Partner 3 |  |  |  |
| Budżet projektu łącznie: |  |  |  |

……………………………

(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Partnera)

**Załącznik nr 2 : Harmonogram płatności.**

**Partner 1:**

**Harmonogram płatności**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Kwartał** | **Miesiąc** | **Wydatki kwalifikowalne** | **Kwota *zaliczki/refundacji*** (niepotrzebne skreślić) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suma kwartał X** | |  |  |
|  | **-** |  |  |
| **Razem dla rok XXXX** | | |  |  |
| **Ogółem** | | |  |  |

**Partner 2:**

**Harmonogram płatności**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok** | **Kwartał** | **Miesiąc** | **Wydatki kwalifikowalne** | **kwota *zaliczki/refundacji***  (niepotrzebne skreślić) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Suma kwartał X** | |  |  |
|  | **-** |  |  |
| **Razem dla rok XXXX** | | |  |  |
| **Ogółem** | | |  |  |

……………………………

(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Partnera)

### Załącznik nr 3 : Oświadczenie Partnera o braku wykluczenia z ubiegania się o środki europejskie oraz o niepodleganiu karze zakazu dostępu do tych środków.

……...…….……………………..

(nazwa i adres *Partnera***\****)*  (miejsce i data)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z przyznaniem .............................................................................................................

*(nazwa Partnera wiodącego oraz jego status prawny*)

dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na realizację projektu pt.: „......................................................................” nr …………………………………………, *......................*................................ oświadcza, iż:

*(nazwa Partnera)*

1. nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania środków przeznaczonych na realizację programów finansowanych z udziałem środków europejskich, tj. wykluczeniu o którym mowa   
   w art. 207 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. z 2013r., poz. 885   
   z późn. zm.)

oraz

1. nie podlega karze zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy   
   z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* na podstawie zapisów art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. *o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (Dz. U. z 2012 r., poz. 769) oraz na podstawie zapisów art. 9 ustawy z dnia 28 października 2002 r*. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary* (Dz. U. z 2015 r., poz. 1212 ze zm.).

.

……………………………

(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Partnera)

### Załącznik nr 4 : Oświadczenie Partnera o niezaleganiu z uiszczaniem podatków, jak również z opłaceniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.

……...…….……………………..

(nazwa i adres *Partnera)*  (miejsce i data)

**OŚWIADCZENIE**

W związku z przyznaniem.........................................................................

*(nazwa Partnera wiodącego oraz jego status prawny*)

dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego 2014-2020 na realizację projektu   
pt.:„......................................................................” nr …………………..…………………………………………,  
*......................*................................ oświadcza, iż nie zalega z opłaceniem składek na ubezpieczenie

*(nazwa Partnera)*

społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.

……………………………

(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania

Partnera)

**Załącznik nr 5 : Oświadczenie Partnera o kwalifikowalności podatku VAT**

**OŚWIADCZENIE**

W związku z przyznaniem ..............................................................................................

*(nazwa Partnera wiodącego oraz jego status prawny*)

dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 na realizację projektu .............................................*.................* oświadczam, iż jako Partner\*:

*(nazwa i nr projektu)*

1. Nie mam prawnej możliwości odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT i w związku z tym wnioskuję o refundację poniesionego w ramach projektu podatku VAT. Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części poniesionego podatku VAT, jeśli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie lub odliczenie tego podatku;
2. Mam prawną możliwość częściowego odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT i w związku z tym wnioskuję o refundację części poniesionego   
   w ramach projektu podatku VAT. Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu zrefundowanej w ramach projektu części poniesionego podatku VAT, jeśli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie lub odliczenie tego podatku;
3. Nie mam prawnej możliwości odzyskania lub odliczenia poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT, jednak nie wnioskuję oraz nie będę w przyszłości wnioskować o refundację jakiejkolwiek części poniesionego w ramach projektu podatku VAT;
4. Będę mógł odzyskać lub odliczyć koszt podatku VAT poniesionego w związku z realizacją działań objętych wnioskiem.

……………………………

(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Partnera)

\*należy zaznaczyć właściwe