

Załącznik nr 1a do Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ**

**dla Grup Inicjatywnych**  
(zakładających przedsiębiorstwo społeczne osób fizycznych)

Numer referencyjny formularza zgłoszeniowego	
Data i godzina przyjęcia formularza:	
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz:	

SKŁAD GRUPY:		
(w tym miejscu należy wykazać pełen skład Grupy bez względu na fakt, czy dana osoba wnioskuje o przyznanie dotacji czy nie)		
LP.	IMIĘ I NAZWISKO	WNIOSKOWANA DOTACJA TAK / NIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

## CZĘŚĆ I. PODSUMOWANIE DANYCH O CZŁONKACH GRUPY INICJATYWNEJ

WYKSZTAŁCENIE						
<b>*Numery osób zgodna z Częścią I Formularza zgłoszeniowego</b>						
<b>Poziom wykształcenia</b>						
(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)						
<b>1 Osoba*</b>	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe					
<b>2 Osoba*</b>	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe					
<b>3 Osoba*</b>	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe					
<b>4 Osoba*</b>	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe					
<b>5 Osoba*</b>	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe					
<b>6 Osoba*</b>	<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe					
<b>Spójność posiadanego <u>wykształcenia</u> z planowaną funkcją w przedsiębiorstwie społecznym</b>  <b>UWAGA!</b> wykształcenie jest zgodne, jeżeli np. uczestnik planuje założyć przedsiębiorstwo społeczne w zakresie ogólnobudowlanym i skończył szkołę budowlaną, wykształcenie nie jest zgodne, jeżeli np. uczestnik planuje założyć przedsiębiorstwo ogólnobudowlane i skończył szkołę rolniczą						
Proszę wpisać TAK jeżeli wykształcenie jest spójne lub NIE kiedy wykształcenie nie jest spójne.	<b>1 Osoba*</b>	<b>2 Osoba*</b>	<b>3 Osoba*</b>	<b>4 Osoba*</b>	<b>5 Osoba*</b>	<b>6 Osoba*</b>
<b>Spójność posiadanego <u>doświadczenia</u> z planowaną funkcją w przedsiębiorstwie społecznym</b>  <b>UWAGA!</b> Doświadczenie jest zgodne jeżeli np. uczestnik planuje pełnić funkcję księgową i pracował np. <u>min. 6 miesięcy</u> na stanowisku księgowej; nie jest zgodne jeżeli np. pracował na stanowisku sprzedawcy						



Proszę wpisać TAK jeżeli doświadczenie jest spójne lub NIE kiedy doświadczenie nie jest spójne.	<b>1 Osoba*</b>	<b>2 Osoba*</b>	<b>3 Osoba*</b>	<b>4 Osoba*</b>	<b>5 Osoba*</b>	<b>6 Osoba*</b>
<b>STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ</b>						
Status na rynku pracy każdej z osób w momencie składania dokumentów zgłoszeniowych (proszę wpisać liczby od 1 do 24 zgodnie z poniższym oznaczeniem)	<b>1 Osoba*</b>	<b>2 Osoba*</b>	<b>3 Osoba*</b>	<b>4 Osoba*</b>	<b>5 Osoba*</b>	<b>6 Osoba*</b>
<p>Uczestnik projektu - osoba fizyczna należąca do jednej z poniższych kategorii</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy</li> <li>osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP jako III profil*</li> <li>osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych</li> <li>osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*</li> <li>osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi*</li> <li>osoba z niepełnosprawnością intelektualną*</li> <li>osoba z zaburzeniami psychicznymi*</li> <li>osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</li> <li>osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</li> <li>osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,</li> <li>osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,</li> <li>osoba zwolniona z zakładu karnego mające trudności w integracji ze środowiskiem w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li> <li>uchodźca realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li> <li>osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego</li> <li>osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełni eniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</li> <li>osoba nieletnia, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości</li> <li>osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii</li> <li>osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością</li> <li>osoba niesamodzielna</li> <li>osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa*</li> <li>osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego*</li> <li>osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014 -2020*</li> <li>osoba, która skorzystała z projektów w ramach Działania 11.1 SzOOP RPO WiM 2014 -2020, a których ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia w ramach Działania 11.3.1*</li> </ol>						



Członek grupy Inicjatywnej:

24. osoba fizyczna niebędąca uczestnikiem projektu spełniająca kryteria art. 4 ustawy o spółdzielniach socjalnych będąca współzałożycielem grupy inicjatywnej.

\* kategoria dodatkowo punktowana

**UZYSKANE DOTACJE LUB INNA POMOC PUBLICZNA**

**Dotyczy osób które w przeszłości prowadziły działalność gospodarczą i uzyskały środki z Unii Europejskiej na ten cel**

☐ dotyczy      ☐ nie dotyczy

	1 Osoba*	2 Osoba*	3 Osoba*	4 Osoba*	5 Osoba*	6 Osoba*
W ramach środków przyznanych na podjęcie działalności gospodarczej						
Jeśli dotyczy – podać kwotę i cel pomocy oraz datę otrzymania środków						

**CZĘŚĆ II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

<b>Planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego</b>	
<b>Planowany adres siedziby przedsiębiorstwa społecznego, – jeśli istnieje</b>	
<b>Działalność przedsiębiorstwa:</b> (Można zaznaczyć więcej niż jedną)	<input type="checkbox"/> handel <input type="checkbox"/> usługi <input type="checkbox"/> produkcja
<b>Osoba reprezentująca grupę inicjatywną:</b> (Proszę o wskazanie osoby, która będzie odpowiedzialna za bieżące kontakty związane z procedurą rekrutacyjną)	
<b>Adres do korespondencji:</b> (Proszę wskazać jeden adres, na który	



będzie kierowana korespondencja związana z rekrutacją)	
<b>Telefon:</b> (Proszę wskazać min. 1 numer telefonu osoby do kontaktu, który będzie dostępny w czasie rekrutacji)	
<b>Adres poczty elektronicznej:</b> ( Proszę o wpisanie min 1 adresu osoby do kontaktu)	
<b>Czy grupa inicjatywna założy przedsiębiorstwo społeczne, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?</b> (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Planowany termin uruchomienia przedsiębiorstwa społecznego:</b>	
<b>Proszę opisać czym będzie zajmowało się przedsiębiorstwo społeczne.</b>  <b>Proszę o wskazanie:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obszaru działalności</li> <li>2. charakterystyki produktów/usług</li> <li>3. cech wyróżniających dla produktu lub usługi</li> <li>4. uzasadnienie wyboru branży</li> <li>5. miejsce siedziby przedsiębiorstwa społecznego (lokal własny lub wynajmowany)</li> <li>6. kto będzie zarządzał przedsiębiorstwem społecznym</li> <li>7. czy konieczne będzie zdobycie kwalifikacji przez uczestników projektu</li> </ol>	
<b>Czy działalność przedsiębiorstwa społecznego jest spójna z preferowanymi branżami w</b>	<input type="checkbox"/> zrównoważony rozwój <input type="checkbox"/> solidarność pokoleń <input type="checkbox"/> polityka rodzinna





<b>konkursie? Którymi?</b>	<input type="checkbox"/> turystyka społeczna <input type="checkbox"/> budownictwo społeczne <input type="checkbox"/> lokalne produkty kulturowe <input type="checkbox"/> branże w kierunkach rozwoju określonych w Strategii Rozwoju Województwa i w Wojewódzkim Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej, <i>jeśli tak to które.....</i> <input type="checkbox"/> rodzaj prowadzonej działalności jest jedną z nisz rynkowych w danej gminie, wynikającą z badania nisz rynkowych przeprowadzonych przez OWES, <i>jeśli tak z którą .....</i>
<b>Planowana wnioskowana kwota dotacji</b>	Osoba nr 1 .....  Osoba nr 2 .....  Osoba nr 3 .....  Osoba nr 4 .....  Osoba nr 5 .....  Osoba nr 6 .....  Razem na Grupę Inicjatywną: .....
<b>Na co planowane jest przeznaczenie środków z dotacji</b>	<input type="checkbox"/> wartości niematerialne i prawne (np. oprogramowanie) .....  <input type="checkbox"/> aktywa trwałe (np. urządzenia ,meble, komputery, samochód itp.) .....  <input type="checkbox"/> koszty prac remontowych i budowlanych .....  <input type="checkbox"/> środki obrotowe (środki podlegające dalszej odsprzedaży). .....  <input type="checkbox"/> inne (jakie) .....
<b>Czy dysponują Państwo środkami własnymi na rozpoczęcie działalności przedsiębiorstwa społecznego?</b>	<input type="checkbox"/> nie  <input type="checkbox"/> tak, w jakiej wysokości .....  <input type="checkbox"/> nie będą potrzebne





**Za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą grozi odpowiedzialność w drodze powództwa cywilnego.**

1. Oświadczamy, że dane podane w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe tj. zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczamy, iż Zapoznaliśmy się z Regulaminem Projektu i akceptujemy jego warunki.
3. Zobowiązujemy się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.
4. Zostaliśmy poinformowani, że projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Podpisy:**

**Osoba nr 1** .....

**Osoba nr 2** .....

**Osoba nr 3** .....

**Osoba nr 4** .....

**Osoba nr 5** .....

**Osoba nr 6** .....



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**WARMIA I MAZURY** Zdrowe życie, czysty zysk

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

