

Załącznik nr 1c do Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ

dla Grup Inicjatywnych
(zakładających przedsiębiorstwo społeczne osób prawnych)

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

| S K Ł A D G R U P Y : | | |
|--|------------------------------|---|
| /w tym miejscu należy wykazać pełen skład Grupy, czyli podmioty dążące do założenia przedsiębiorstwa społecznego | | |
| L P . | PEŁNA NAZWA OSOBY PRAWNEJ | IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU |
| 1 . | | |
| 2 . | | |
| 3 . | | |

CZĘŚĆ I. INFORMACJE O OSOBACH PRAWNYCH TWORZĄCYCH GRUPĘ INICJATYWĄ

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------|--|
| 1 | Pełna nazwa osoby prawnej: | | |
| 2 | Forma organizacyjno-prawna (proszę wstawić „X” we właściwej komórce) | | <input type="checkbox"/> Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> Fundacja <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Kościelna osoba prawna |
| 3 | NIP | | |
| 4 | REGON | | |
| 5 | Adres do korespondencji: | | |
| | Telefon: | | |
| | Adres poczty elektronicznej: | | |
| 6 | Dane osoby oddelegowanej przez organizację/instytucję w sprawach zw. z rejestracją przedsiębiorstwa społecznego | Imię i nazwisko | |
| Telefon | | | |
| Adres poczty elektronicznej | | | |
| 7 | Dane kontaktowe osoby/osób uprawnionych do reprezentacji osoby prawnej | Imię i nazwisko | |
| Adres poczty elektronicznej | | | |
| Telefon | | | |
| 8 | Czy osoba prawna założy przedsiębiorstwo społeczne jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu? (proszę wstawić „X” we właściwej komórce) | | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| 1 | Pełna nazwa osoby prawnej: | | |
| 2 | Forma organizacyjno-prawna (proszę wstawić „X” we właściwej komórce) | | <input type="checkbox"/> Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> Fundacja <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Kościelna osoba prawna |
| 3 | NIP | | |
| 4 | REGON | | |
| 5 | Adres do korespondencji: | | |
| | Telefon: | | |
| | Adres poczty elektronicznej: | | |
| 6 | Dane osoby oddelegowanej przez organizację/instytucję w sprawach zw. z rejestracją przedsiębiorstwa społecznego | Imię i nazwisko | |
| | | Telefon | |
| | | Adres poczty elektronicznej | |
| 7 | Dane kontaktowe osoby/osób uprawnionych do reprezentacji osoby prawnej | Imię i nazwisko | |
| | | Adres poczty elektronicznej | |
| | | Telefon | |
| 8 | Czy osoba prawna założy spółdzielnię socjalną, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu? (proszę wstawić „X” we właściwej komórce) | | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

Jeśli przedsiębiorstwo tworzone jest przez więcej niż dwa podmioty prosimy o skopiowanie Tabeli powyżej i jej stosowne wypełnienie.

CZĘŚĆ II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KANDYDATÓW DO ZATRUDNIENIA

| Lp. | Kategoria | liczba |
|---|--|--------|
| Ogółem liczba planowanych pracowników w przedsiębiorstwie społecznym (osób zamieszkałych na terenie subregionu olsztyńskiego woj. warmińsko-mazurskiego, w tym: | | |
| 1. | osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy | |
| 2. | osoba bezrobotna, zarejestrowane w PUP jako III profil - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 3. | osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych | |
| 4. | osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 5. | osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 6. | osoba z niepełnosprawnością intelektualną - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 7. | osoba z zaburzeniami psychicznymi - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 8. | osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, | |
| 9. | osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |
| 10. | osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, | |
| 11. | osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, | |
| 12. | osoba zwolniona z zakładu karnego mające trudności w integracji ze środowiskiem w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej | |
| 13. | uchodźca realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej | |
| 14. | osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego | |

| | | |
|-----|--|--|
| 15. | osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych | |
| 16. | osoba nieletnia, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości | |
| 17. | osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii | |
| 18. | osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością | |
| 19. | osoba niesamodzielna | |
| 20. | osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 21. | osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 22. | 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 - kategoria dodatkowo punktowana | |
| 23. | 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 - kategoria dodatkowo punktowana | |

Oświadczmy, że dane osób planowanych do zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym, zostaną podane najpóźniej do momentu złożenia wniosku o udzielenie dotacji.

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji ze
strony obu podmiotów prawnych tworzących spółdzielnię

CZĘŚĆ III. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO

| | |
|--|--|
| Planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego | |
| Planowany adres siedziby przedsiębiorstwa społecznego – jeśli istnieje | |
| Działalność przedsiębiorstwa: (Można zaznaczyć więcej niż jedną) | <input type="checkbox"/> handel <input type="checkbox"/> usługi <input type="checkbox"/> produkcja |
| Osoba reprezentująca grupę inicjatywną: (Proszę o wskazanie osoby, która będzie odpowiedzialna za bieżące kontakty związane z procedurą zgłoszeniową) | |
| Adres do korespondencji: (Proszę wskazać jeden adres na który będzie kierowana korespondencja związana z rekrutacją) | |
| Telefon: (Proszę wskazać min. 1 numer telefonu osoby do kontaktu, który będzie dostępny w czasie rekrutacji) | |
| Adres poczty elektronicznej: (Proszę o wpisanie min 1 adresu osoby do kontaktu) | |
| Czy grupa inicjatywna założy przedsiębiorstwo społeczne, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu? (proszę wstawić „X” we właściwej komórce) | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Planowany termin uruchomienia przedsiębiorstwa społecznego: | |
| Proszę opisać czym będzie zajmowało się przedsiębiorstwo społeczne. Proszę o wskazanie: <ol style="list-style-type: none"> 1. obszaru działalności 2. charakterystyki produktów/usług 3. cech wyróżniających dla | |

| | |
|--|--|
| <p><i>produktu lub usługi</i></p> <p>4. <i>uzasadnienie wyboru branży</i></p> <p>5. <i>miejsce siedziby spółdzielni (lokal własny lub wynajmowany)</i></p> <p>6. <i>kto będzie zarządzał przedsiębiorstwem społecznym</i></p> <p>7. <i>czy konieczne będzie zdobycie kwalifikacji przez uczestników projektu</i></p> | |
| <p><i>Czy działalność przedsiębiorstwa społecznego jest spójna z preferowanymi branżami w konkursie? Którymi?</i></p> | <p><input type="checkbox"/> zrównoważony rozwój</p> <p><input type="checkbox"/> solidarność pokoleń</p> <p><input type="checkbox"/> polityka rodzinna</p> <p><input type="checkbox"/> turystyka społeczna</p> <p><input type="checkbox"/> budownictwo społeczne</p> <p><input type="checkbox"/> lokalne produkty kulturowe</p> <p><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></p> <p><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></p> |
| <p><i>Planowana wnioskowana kwota dotacji</i></p> | <p>Razem na Grupę Inicjatywną:</p> |
| <p><i>Na co planowane jest przeznaczenie środków z dotacji</i></p> | <p><input type="checkbox"/> wartości niematerialne i prawne (np. oprogramowanie)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> aktywa trwałe (np. urządzenia ,meble, komputery, samochód itp.)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> koszty prac remontowych i budowlanych</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> środki obrotowe (środki podlegające dalszej odsprzedaży).</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie)</p> |
| <p><i>Czy dysponują Państwo środkami własnymi na rozpoczęcie działalności przedsiębiorstwa społecznego?</i></p> | <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak, w jakiej wysokości</p> <p><input type="checkbox"/> nie będą potrzebne</p> |



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 przedstawicieli osób prawnych tworzących przedsiębiorstwo społeczne

Osoba nr 1

Osoba nr 3

Osoba nr 2



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WARMIA I MIAŁOŚĆ
Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

