

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		
LP.	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, zarejestrowana w PUP jako III profil <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
3.	osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych	
4.	osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
5.	osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
6.	osoba z niepełnosprawnością intelektualną <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
7.	osoba z zaburzeniami psychicznymi <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
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  <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
21.	osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego  <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
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  <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	
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  <b>- kategoria dodatkowo punktowana</b>	

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

<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 zgłoszeniową)	
<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</li> </ol>	



<p><b>produktu lub usługi</b></p> <p>4. <b>uzasadnienie wyboru branży</b></p> <p>5. <b>miejsce siedziby spółdzielni (lokal własny lub wynajmowany)</b></p> <p>6. <b>kto będzie zarządzał przedsiębiorstwem społecznym</b></p> <p>7. <b>czy konieczne będzie zdobycie kwalifikacji przez uczestników projektu</b></p>	
<p><b>Czy działalność przedsiębiorstwa społecznego jest spójna z preferowanymi branżami w konkursie? Którymi?</b></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><b>Planowana wnioskowana kwota dotacji</b></p>	<p>Razem na Grupę Inicjatywną: .....</p>
<p><b>Na co planowane jest przeznaczenie środków z dotacji</b></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><b>Czy dysponują Państwo środkami własnymi na rozpoczęcie działalności przedsiębiorstwa społecznego?</b></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 AZORKA** Zdrowe życie, czysty zysk

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

