

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						
*Numery osób zgodna z Częścią I Formularza zgłoszeniowego						
Poziom wykształcenia						
(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)						
1 Osoba*	<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					
2 Osoba*	<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					
3 Osoba*	<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					
4 Osoba*	<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					
5 Osoba*	<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					
6 Osoba*	<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					
Spójność posiadanego <u>wykształcenia</u> z planowaną funkcją w przedsiębiorstwie społecznym UWAGA! 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.	1 Osoba*	2 Osoba*	3 Osoba*	4 Osoba*	5 Osoba*	6 Osoba*
Spójność posiadanego <u>doświadczenia</u> z planowaną funkcją w przedsiębiorstwie społecznym UWAGA! 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.	1 Osoba*	2 Osoba*	3 Osoba*	4 Osoba*	5 Osoba*	6 Osoba*
STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ						
Status na rynku pracy każdej z osób w momencie składania dokumentów zgłoszeniowych (proszę wpisać liczby od 1 do 24 zgodnie z poniższym oznaczeniem)	1 Osoba*	2 Osoba*	3 Osoba*	4 Osoba*	5 Osoba*	6 Osoba*
<p>Uczestnik projektu - osoba fizyczna należąca do jednej z poniższych kategorii</p> <ol style="list-style-type: none"> osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP jako III profil* osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności* osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi* osoba z niepełnosprawnością intelektualną* osoba z zaburzeniami psychicznymi* osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, osoba zwolniona z zakładu karnego mające trudności w integracji ze środowiskiem w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej uchodźca realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełni eniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych osoba nieletnia, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością osoba niesamodzielna osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa* osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego* 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* 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* 						



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

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 rekrutacyjną)	
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 produktu lub usługi 4. uzasadnienie wyboru branży 5. miejsce siedziby przedsiębiorstwa społecznego (lokal własny lub wynajmowany) 6. kto będzie zarządzał przedsiębiorstwem społecznym 7. czy konieczne będzie zdobycie kwalifikacji przez uczestników projektu 	
Czy działalność przedsiębiorstwa społecznego jest spójna z preferowanymi branżami w	<input type="checkbox"/> zrównoważony rozwój <input type="checkbox"/> solidarność pokoleń <input type="checkbox"/> polityka rodzinna





konkursie? Którymi?	<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>
Planowana wnioskowana kwota dotacji	Osoba nr 1 Osoba nr 2 Osoba nr 3 Osoba nr 4 Osoba nr 5 Osoba nr 6 Razem na Grupę Inicjatywną:
Na co planowane jest przeznaczenie środków z dotacji	<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)
Czy dysponują Państwo środkami własnymi na rozpoczęcie działalności przedsiębiorstwa społecznego?	<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

