

**FORMULARZ REKRUTACYJNY W RAMACH PROJEKTU
WIELKOPOLSKIE CENTRUM EKONOMII SOLIDARNEJ**

PO KL, Priorytet VII, Działanie 7.2. pod działanie 7.2.2

Nr umowy: POKL.07.02.02-30-009/12

Numer referencyjny zgłoszenia: /R/7.2.2/WCES

| | | | |
|------------|---------------------------------|-----|-----|
| 1a. | Beneficjent jest osobą prawną | | |
| | DANE BENEFICJENTA | | |
| | Pełna nazwa beneficjenta pomocy | | |
| | KRS | | |
| | NIP | | |
| | Beneficjent jest osobą fizyczną | TAK | NIE |

| | | | |
|------------|---------------------------------|---------|-----------|
| 1b. | Beneficjent jest osobą fizyczną | | |
| | DANE BENEFICJENTA | | |
| | Imię (imiona) | | |
| | Nazwisko | | |
| | Miejsce i data urodzenia | | |
| | PESEL | | Wiek |
| | Płeć | KOBIETA | MĘŻCZYZNA |
| | Beneficjent jest osobą fizyczną | TAK | NIE |

| | | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 2. | ADRES ZAMELDOWANIA/ADRES SIEDZIBY dotyczy osób fizycznych i osób prawnych | | |
| | Ulica | | |
| | Nr domu / lokalu | | |
| | Kod pocztowy | | |

| | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość | | |
| Powiat | | |
| Województwo | | |
| Obszar | Obszar miejski (gm. miejskie i miasta pow. 25 tys. mieszkańców) | Obszar wiejski (gm. wiejska, wiejsko- miejska i miasto do 25 tys. mieszkańców) |

| | | |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 3. | ADRES ZAMIESZKANIA (KORESPONDENCYJNY) dotyczy osób fizycznych i osób prawnych | |
| Ulica | | |
| Nr domu / lokalu | | |
| Kod pocztowy | | |
| Miejscowość | | |
| 4. | NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH ORAZ ADRES E-MAIL dotyczy osób fizycznych i osób prawnych | |
| Telefon stacjonarny | | Adres e-mail (prosimy wpisać poniżej DRUKOWANYMI LITERAMI) |
| Telefon komórkowy | | |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5. | WYKSZTAŁCENIE (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ) dotyczy osób fizycznych | |
| Brak (brak formalnego wykształcenia) | | |
| Podstawowe (wykształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) | | |
| Gimnazjalne (wykształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) | | |
| Ponad gimnazjalne (wykształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) | | |
| Pomaturalne (wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) | | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej) | |
| 6. | <p>INFORMACJA O INNYCH OSOBACH/PODMIOTÓW Z KTÓRYMI KANDYDAT ZAMIERZA ZAŁOŻYC SPÓŁDZIELENIE SOCJALNĄ (w szczególności biorących udział w postępowaniu rekrutacyjnym)</p> <p>dotyczy osób fizycznych i osób prawnych</p> |
| 6.a | <p>DANE CZŁONKÓW GRUP INICJATYWNYCH(*) SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ OSÓB PRAWNYCH ZGŁASZANYCH PRZEZ OSOBĘ PRAWNĄ, (w tym imię, nazwisko , miejsce i data urodzenia, pesel, płeć, adres zamieszkania i zameldowania, status osoby z pkt. 8 formularza rekrutacyjnego)</p> <p>dotyczy wyłącznie w przypadku zgłoszenia przez osoby prawne</p> <p>(*) Grupa Inicjatywna – grupa min. 5 osób zamierzających wspólnie założyć spółdzielnię socjalną</p> |
| 7. | <p>OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ)</p> <p>dotyczy osób fizycznych</p> |
| Jestem osobą zagrożoną lub dotkniętą marginalizacją społeczną (wykluczeniem społecznym) zgodnie z art. 1 ust. 2 pkt. 1-4, 6-7 ustawy o zatrudnieniu socjalnym | |
| Jestem osobą długotrwale bezrobotną (bezrobotni pozostający w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat), | |
| Jestem osobą nieaktywną zawodowo (osoby pozostające bez zatrudnienia, które nie zaliczają się do kategorii osób bezrobotnych) lub osobą bezrobotną, | |
| Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko, | |
| Jestem osobą, która nie posiada wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia | |

| | |
|--------------------------------------------|--|
| zawodowego, | |
| Jestem kobietą powracającą na rynek pracy, | |

| | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 8. | STATUS NA RYNKU PRACY W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ / ODPOWIEDZI) dotyczy osób fizycznych | |
| | Bezrobotny (osoba zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ w tym osoba długotrwale bezrobotna (bezrobotny pozostający w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat) | |
| | Nieaktywny zawodowo (osoba pozostająca bez zatrudnienia, która nie zalicza się do kategorii bezrobotnych) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ w tym osoba ucząca się lub kształcąca (w ramach kształcenia formalnego lub nieformalnego) | |

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 9. | OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ I POSIADAM ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI dotyczy osób fizycznych | |
| | TAK | NIE |
| | <ul style="list-style-type: none"> • I stopień • II stopień • III stopień | |

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 10. | OŚWIADCZAM, ŻE SKORZYSTAM Z MINIMUM 80% OFEROWANYCH W PROJEKcie SZKOLEŃ ORAZ PROPONOWANYCH USŁUG WSPARCIA DORADCZEGO (w zależności od potrzeb): dotyczy osób fizycznych i osób prawnych | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Bieżące wsparcie Specjalisty ds. zakładania spółdzielni socjalnych oraz korzystanie z pomieszczeń i sprzętu w ramach projektu | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Specjalistyczne doradztwo dotyczące zakładania i prowadzenia podmiotu ekonomii społecznej (Spółdzielnia Socjalna) | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Usługi prawne, księgowość, marketingowe, itp. | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Szkolenia – Moduł I – ABC przedsiębiorczości, | 1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie |
| Szkolenia – Moduł II – Księgowość w Spółdzielni Socjalnej | 1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie |
| Szkolenia – Moduł III – Konstruowanie kompleksowej oferty, formuła oferty www, kanały dystrybucji produktu/usługi, Public Relations i wizerunek a, współpraca z JST, sektorem prywatnym i NGO- możliwości pozyskania dodatkowych ofert na swoje usługi/produkty, | 1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie |
| Szkolenia – Moduł IV – Równość szans - trening interpersonalny | 1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie |
| Szkolenia- Moduł V- Biznesplan - wnioski na utworzenie/ rozwój działalności gospodarczej | 1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie |

| | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11. | OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM GRUPA INICJATYWNA SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ POSIADA/NIE POSIADA WSPARCIA ZE STRONY PARTNERSTWA LOKALNEGO (formalnego lub nieformalnego) dotyczy osób fizycznych i osób prawnych | |
| | TAK | NIE |

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 12. | OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ) dotyczy osób fizycznych | |
| | OSOBĄ DOTKNIĘTĄ LUB ZAGROŻONĄ WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, W TYM: | |
| | Osobą, która straciła zatrudnienie z przyczyn niezależnych od niej samej | |
| | Matką, która nie podjęła zatrudnienia po urodzeniu dziecka | |
| | Rodzicem, samotnie wychowującym dziecko | |
| | Osobą bezrobotną/nieaktywną zawodowo* bez kwalifikacji zawodowych *(proszę podkreślić właściwą opcję) | |
| | Osobą bezrobotną/nieaktywną zawodowo* bez doświadczenia zawodowego *(proszę podkreślić właściwą opcję) | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | |
| Osobą bezrobotną/nieaktywno zawodowo*, która nie podjęła zatrudnienia po odbyciu kary pozbawienia wolności *(proszę podkreślić właściwą opcję) | |
| Osobą bezdomną | |
| <ul style="list-style-type: none"> Osobą bezdomną, która ukończyła indywidualny program wychodzenia z bezdomności | |
| Osobą uzależnioną od alkoholu | |
| <ul style="list-style-type: none"> Osobą uzależnioną od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego | |
| Osobą uzależnioną od narkotyków | |
| <ul style="list-style-type: none"> Osobą uzależnioną od narkotyków po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej | |
| Osobą chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, | |
| Uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, | |
| Osobą uzależnioną od hazardu | |
| <ul style="list-style-type: none"> Osobą uzależnioną od hazardu po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. | OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM CZŁONKIEM (TYP PODMIOTU / GRUPY NIEFORMALNEJ / INSTYTUCJI): dotyczy osób fizycznych i osób prawnych |
| Organizacja pozarządowa nieprowadząca działalności gospodarczej | |
| Organizacja pozarządowa prowadząca działalność gospodarczą | |
| Koło Gospodyń Wiejskich (zarejestrowane jako organizacja pozarządowa, lub działające przy kółku rolniczym) | |
| Grupa nieformalna (w tym nieregistrowane Koło Gospodyń Wiejskich) | |
| Lokalny lider – sołtys, proboszcz, radny | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | |
| Osoba fizyczna zainteresowana działaniem na rzecz społeczności | |
| Centrum Integracji Społecznej | |
| Klub Integracji Społecznej | |
| Spółdzielnia socjalna | |
| Jednostka organizacyjna JST działająca na rzecz rynku pracy lub pomocy i integracji społecznej | |
| Inny podmiot (proszę wpisać jaki): | |

| | |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. | Forma wsparcia, której otrzymaniem kandydat jest zainteresowany (w tym w szczególności informacja czy kandydat zamierza ubiegać się o środki finansowe na: założenie spółdzielni socjalnej / przystąpienie do spółdzielni socjalnej/zatrudnienie w spółdzielni socjalnej) |
| | |

| | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. | <p style="text-align: center;">KRÓTKI OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (M.IN. SEKTOR , BRANŻA, POSIADANE ZASOBY, W TYM KWALIFIKACJE I UMIEJĘTNOŚCI NIEZBĘDNE DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, PLANOWANY KOSZT INWESTYCJI) dotyczy osób fizycznych i osób prawnych</p> |
| | |
| 16. | <p>ALTERNATYWY (CZY KANDYDAT OTWORZY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ JEŚLI NIE OTRZYMA WSPARCIA FINANSOWEGO W RAMACH PROJEKTU) dotyczy osób fizycznych i osób prawnych</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • TAK • NIE |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 17. | OŚWIADCZAM, ŻE: dotyczy osób fizycznych i osób prawnych |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą. 2. Dobrowolnie deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie. 3. Akceptuję warunki uczestnictwa i zobowiązuję się przestrzegać Regulamin Uczestnictwa w projekcie pn.: <u>WIELKOPOLSKIE CENTRUM EKONOMII SOLIDARNEJ.</u> 4. Zgadzam się na poinformowanie mnie o wyniku rekrutacji za pośrednictwem poczty elektronicznej, telefonu lub listownie. | |
| Miejscowość | |
| Data | |
| Podpis | |

Załączniki:

1. Oświadczenie o nieposiadaniu zarejestrowanej działalności gospodarczej.
2. Oświadczenie o otrzymywaniu pomocy de minimis w bieżącym roku kalendarzowym oraz w dwóch latach poprzedzających.
3. Oświadczenie o wyrażeniu zgodny na przetwarzanie danych osobowych.

**OŚWIADCZENIE O NIEPOSIADANIU ZAREJESTROWANEJ
DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

(adres zamieszkania)

legitymujący/a się dowodem osobistym (numer, seria)

wydanym przez

świadomy/świadoma¹ odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

Oświadczam

że nie posiadałem wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu², tj. dzień podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie³

oraz

że nie korzystałem z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków, w tym zwłaszcza ze środków Funduszy Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach PO KL na pokrycie tych samych wydatków związanych z założeniem, przystąpieniem lub zatrudnieniem w spółdzielni socjalnej

.....
Podpis Beneficjenta pomocy

.....
Miejscowość i data

¹ niepotrzebne skreślić

² Dotyczy osób fizycznych

³ Dotyczy osób fizycznych

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY *DE MINIMIS* W BIEŻĄCYM ROKU
KALENDARZOWYM ORAZ W 2 LATACH POPRZEDZAJĄCYCH**

Tabela powinna zawierać zestawienie pomocy publicznej otrzymanej w okresie bieżącego roku kalendarzowego (2013) oraz dwóch poprzedzających go lat (2011-2012) kalendarzowych;

| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy de minimis w [EURO] |
|-----|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |

Suma wartości pomocy wliczana do pomocy *de minimis* na dzień ubiegania się

o przyznanie pomocy
(dzień, miesiąc, rok)

wynosi: Euro,
..... Euro.
(kwota słownie)

Można udzielić pomoc *de minimis* do wysokości Euro brutto.

..... Euro brutto.
(kwota słownie)

.....
Podpis Beneficjenta pomocy

.....
Miejscowość i data

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU
O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn.: "Wielkopolskie Centrum Ekonomii Solidarnej" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Przyjmuję do wiadomości, że :

- 1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki – Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
- 2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usługi Projektu;
- 3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
- 4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
- 5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
(Data i podpis)

| ZAŁĄCZNIKI | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Kopia KRS, NIP, REGON, STATUT lub AKT ZAŁOZYCIELSKI dotyczy osób prawnych | |

.....
(Data i podpis)

Opracował:

.....
(Spec. ds. zakładania
spółdzielni socjalnych)
Data i podpis

Sprawdził:

.....
(Spec. ds. monitoringu
i sprawozdawczości)
Data i podpis

Zatwierdził:

.....
(Koordynator projektu)
Data i podpis