

Numer referencyjny zgłoszenia:...../6.2/NSSS

<p>FORMULARZ REKRUTACYJNY <u>NIEZALEŻNE SAMODZIELNE SPÓŁDZIELNIE SOCJALNE</u> PO KL, Priorytet VI, Działanie 6.2 Nr umowy: PO KL:06.02.00-32-034/09-00</p>

1	DANE OSOBOWE		
Imię			
Nazwisko			
Miejsce i data urodzenia			
PESEL			Wiek
Płeć	KOBIEТА	MĘŻCZYŻNA	
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	TAK		NIE
Jeżeli tak, to czy potrzebuje Pan/Pani zapewnienia opieki nad dzieckiem/ osobą zależną na czas uczestniczenia w szkoleniach?	TAK		NIE

2	ADRES ZAMELDOWANIA	
Ulica		
Nr domu / lokalu		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Powiat		
Województwo		
Obszar (proszę zaznaczyć właściwe)	Obszar miejski (gm. miejskie i miasta pow. 25 tys. mieszkańców)	Obszar wiejski (gm. wiejska, wiejsko- miejska i miasto do 25 tys. mieszkańców)

Projekt „Niezarzędne Samodzielne Spółdzielnie Socjalne ” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

3		ADRES ZAMIESZKANIA (KORRESPONDENCYJNY)	
Ulica			
Nr domu / lokalu			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
4		NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH ORAZ ADRES E-MAIL	
Telefon stacjonarny			Adres e-mail (prosimy wpisać poniżej DRUKOWANYMI LITERAMI)
Telefon komórkowy			

5		WYKSZTAŁCENIE (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ)	
Brak (brak formalnego wykształcenia)			
Podstawowe (wykształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)			
Gimnazjalne (wykształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)			
Ponadgimnazjalne (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	OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ)	
	Jestem osobą powyżej 45 roku życia	
	Jestem osobą, która straciła zatrudnienie z przyczyn niezależnych od pracownika	
	Jestem inną osobą zagrożoną lub dotkniętą marginalizacją społeczną (wykluczeniem społecznym) według Ustawy o Spółdzielniach Socjalnych	
	Jestem inną osobą zainteresowaną założeniem spółdzielni socjalnej; mogę pełnić pozycję lidera spółdzielni socjalnej odpowiadającego za przedsięwzięcia biznesowe spółdzielni socjalnej	
	Jestem osobą długotrwale bezrobotną (bezrobotni pozostający w rejestrze Powiatowego Urzędu Pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich dwóch 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	

7	STATUS NA RYNKU PRACY W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ / ODPOWIEDZI)	
	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) 	
	Zatrudniony (osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, na podstawie Kodeksu Cywilnego w szczególności w zakresie umów cywilno- prawnych jak: umowa zlecenia, umowa o dzieło oraz rolników oraz domowników)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rolnik lub domownik (w szczególności osoba, która: ukończyła 16 lat; pozostaje z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkuje na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie; stale pracuje w tym gospodarstwie rolnym i nie jest związana z rolnikiem stosunkiem pracy) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ samozatrudniony (osoba prowadząca działalność gospodarczą, nie zatrudniająca pracowników) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zatrudniony w małym przedsiębiorstwie (zatrudniającym od 10 do 49 pracowników) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie (zatrudniającym od 50 do 249 pracowników) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie (zatrudniającym powyżej 249 pracowników) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zatrudniony w administracji publicznej (administracji publicznej rządowej i samorządowej oraz w ich jednostkach organizacyjnych) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zatrudniony w organizacji pozarządowej 	
	Przedsiębiorca zatrudniający pracowników	

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

9	OŚWIADCZAM, ŻE SKORZYSTAM Z MINIMUM 80% OFEROWANYCH W PROJEKCIE SZKOLEŃ (jeden zjazd w miesiącu) ORAZ PROPONOWANYCH USŁUG WSPARCIA DORADCZEGO (w zależności od potrzeb):	
	<ul style="list-style-type: none"> • Bieżące wsparcie Animatora Pracy, Doradcy Podstawowego, Eksperta ds. Przedsiębiorczości Społecznej oraz korzystanie z pomieszczeń i sprzętu 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	2 zjazdy: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie
	Szkolenia – Moduł II – Księgowość w małej i mikro firmie a księgowość spółdzielni socjalnej	2 zjazdy: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie
	Szkolenia – Moduł III – Biznesplan. Wnioski o dotację na utworzenie podmiotu ekonomii społecznej (spółdzielni socjalnej). Jak przetrwać na rynku	2 zjazdy: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie
	Szkolenia – Moduł IV – Konstruowanie kompleksowej oferty, formuła oferty www., PR i wizerunek firmy, współpraca z sektorem prywatnym i NGO	1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie
	Szkolenia- Moduł V- Równość szans. Komunikacja interpersonalna	1 zjazd: 3 dni po 8 godzin zajęć dziennie

.....

(Data i podpis)

10	OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM (PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ)	
OSOBA 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/nieaktywną 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 uzależnioną od hazardu		
<ul style="list-style-type: none"> • Osobą uzależnioną od hazardu po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej 		

11	OŚWIADCZAM, ŻE JESTEM CZŁONKIEM (TYP PODMIOTU / GRUPY NIEFORMALNEJ / INSTYTUCJI):	
	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 nierejestrowane 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):	

12	<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)</p>	
13	<p>ALTERNATYWY (CZY KANDYDAT OTWORZY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ JEŚLI NIE OTRZYMA WSPARCIA FINANSOWEGO W RAMACH PROJEKTU)</p> <ul style="list-style-type: none"> • TAK • NIE 	



14	OŚWIADCZAM, ŻE:
<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>NIEZALEŻNE SAMODZIELNE SPÓŁDZIELNIE SOCJALNE</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 zgody 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
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/posiadałam zarejestrowanej działalności gospodarczej w rozumieniu *Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku (Dz. U. z 2007r. Nr 155 poz . 1095 z późn. zm.)* w okresie co najmniej 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do projektu

.....
Podpis Beneficjenta pomocy

.....
Miejscowość i data

¹ niepotrzebne skreślić

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 (2010) oraz dwóch poprzedzających go lat (2008-2009) 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 wysokościEuro 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.: „Niezależne Samodzielne Spółdzielnie Socjalne” 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:

- | | |
|---|--|
| ZAŁĄCZNIKI: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Kopia dowodu osobistego potwierdzona za zgodność z oryginałem Kandydata | |

.....
(Data i podpis)