**Załącznik 3** do*Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie słupskim*”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA UCZESTNIKA PROJEKTU ZAINTERESOWANEGO UTWORZENIEM NOWYCH MIEJSC PRACY W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM**

**w ramach projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie słupskim”**

**realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VI: Integracja, Działanie 6.3 Ekonomia Społeczna,**

**Poddziałanie 6.3.2 Podmioty Ekonomii Społecznej,**

**współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

*Dane zawarte w formularzu są poufne. Na ich podstawie Realizator dokona oceny funkcjonowania  
i zasadności pomocy przedsiębiorstwu społecznemu.*

*Prosimy o czytelne wypełnienie wniosku. W razie pytań i wątpliwości przy wypełnianiu formularza, prosimy zwrócić się o pomoc do przedstawiciela OWES.*

1. **DANE PODSTAWOWE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu/grupy inicjatywnej\*** (w przypadku grupy należy podać nazwę członków i ich status na rynku pracy) |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail** |  |
| **Poniższe dane wypełnia podmiot prawny** | |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer KRS** |  |
| **Wiodące PKD działalności gospodarczej\***jeśli dotyczy |  |
| **Dane osób reprezentujących podmiot zgodnie ze statutem (osoby odpowie­dzialne za oświadczenia woli) i ich funkcja** |  |
| **Imię i nazwisko osoby kontaktowej wraz  z numerem telefonu** |  |
| **Forma wsparcia którą jestem zainteresowany/a** |  |

1. **KRÓTKI OPIS PLANOWANEJ BĄDŹ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI W RAMACH PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Opis dotychczasowej działalności. Rodzaj działalności (statutowa nieodpłatna, odpłatna, gospodarcza). Rodzaj i zakres działalności, główne produkty/usługi, do kogo jest skierowana oferta. Czy planują Państwo rozwijać prowadzone już usługi/produkty w ramach działalności gospodarczej?**   **1.A. W przypadku grupy inicjatywnej proszę opisać działalność planowaną w ramach przedsiębiorstwa społecznego, włącznie z podaniem formy prawnej (np. spółdzielnia socjalna).**   * **Planowana siedziba przedsiębiorstwa społecznego i obszar działania (konkretne gminy, powiaty, województwa i/lub kraje).** * **Sektor/branża działalności planowanego przedsiębiorstwa. Na jakie zapotrzebowanie odpowiada Państwa pomysł na działalność gospodarczą? *(3-4 zdania)*:** | | | |
|  | | | |
| **2. Czy założy/rozwinie Pan/Pani przedsiębiorstwo społeczne, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?** | | | |
| □ TAK □ NIE | | | |
| 1. **Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne.** | Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, materiały itp.). | | |
| 1. **Doświadczenie, wykształcenie i umiejętności związane z planowaną działalnością gospodarczą** | Jakie stanowiska pracy zostaną utworzone w ramach działalności? | | |
|  | Kim są osoby planowane do zatrudnienia? Jaki jest ich status na rynku pracy? Jakie jest ich doświadczenie, wykształcenie czy umiejętności związane z planowaną działalnością gospodarczą? | | |
|  |
| 1. **Ogólny planowany koszt inwestycji:** | ………………………………………………….. PLN | | |
| 1. **Wydatki opisane według wzoru:** | | | |
| **6.1. Rodzaj wydatku** | | **6.2. Wykorzystanie w działalności** | **6.3. Szacunkowa wartość** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 1. **Ilość miejsc pracy tworzonych dla osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, z wyłączeniem osób niepełnoletnich** | | | |
| **□ TAK □ NIE**  **………………../……………….** | | | |
| 1. **Ilość miejsc pracy tworzonych dla osoby długotrwale bezrobotnej** | | | |
| **□ TAK □ NIE**  **………………../……………….** | | | |
| 1. **Ilość miejsc pracy dla osób opuszczających młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii** | | | |
| **□ TAK □ NIE**  **………………../……………….** | | | |
| 1. **Ilość miejsc pracy dla osób opuszczających zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich** | | | |
| **□ TAK □ NIE**  **………………../……………….** | | | |
| 1. **Ilość miejsc pracy tworzonych dla osoby długotrwale bezrobotnej** | | | |
| **□ TAK □ NIE**  **………………../……………….** | | | |
| 1. **Ilość miejsc pracy dla osób ubogich pracujących** | | | |
| **□ TAK □ NIE**  **………………../……………….** | | | |

1. **INFORMACJE DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Przedsiębiorstwo społeczne tworzone jest w jednej z kluczowych stref rozwojowych wskazanych w Działaniu I.4 KPRES, tj. zrównoważony rozwój, solidarność pokoleń, polityka rodzinna, turystyka społeczna, budownictwo społeczne, lokalne produkty kulturowe oraz w kierunkach rozwoju określonych w Strategii Rozwoju Województwa Pomorskiego i w Wojewódzkim Programie Ekonomii Społecznej w Województwie Pomorskim na lata 2014-2020** | **□ TAK □ NIE** |
| **2. Miejsca pracy tworzone są dla osób beneficjentów projektów PI 9i i 9iv w tym m.in. wychodzących z WTZ, CIS, ZAZ, placówek opiekuńczo wychowawczych, zakładów poprawczych i innych tego typu placówek będących uczestnikami projektów w ramach Działań 6.1, 6.2 (należy wpisać ile osób na ile tworzonych miejsc).** | **□ TAK □ NIE**  ………../………. |

1. **INFORMACJA NA TEMAT OTRZYMANEJ DOTYCHCZAS POMOCY DE MINIMIS/POMOCY PUBLICZNEJ**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **OŚWIADCZENIA**

Zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie do wsparcia doradczo-edukacyjnego w ramach projektu „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie słupskim” .

Jednocześnie oświadczam, iż:

1. Nie posiadam wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu, tj. dzień podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie.
2. Nie korzystam z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminem przyznawania środków finansowych i akceptuję jego warunki.
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
5. Wszelkie podane w formularzu zgłoszeniowym informacje są prawdziwe. W przypadku zakwalifikowania się do wsparcia, zobowiązujemy się do niezwłocznej oraz bieżącej aktualizacji danych.
6. Wyrażamy zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych zawartych   
   w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji i działalności OWES, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobistych (Dz. Ust. Nr 133 poz. 883).
7. Wyrażamy gotowość do rozwoju działalności gospodarczej naszego przedsiębiorstwa społecznego, powiązanej z zatrudnieniem do jej realizacji osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.

Oświadczamy, iż reprezentowane przez nas przedsiębiorstwo społeczne\* (wypełnia przedsiębiorstwo społeczne):

* nie posiada zaległości wobec Urzędu Skarbowego z tytułu obowiązujących podatków,
* nie posiada zaległości wobec ZUS z tytułu obowiązujących składek ubezpieczenia społecznego,
* nie posiada zaległości podatkowych i innych wobec samorządu lokalnego,
* nie jest obciążona obowiązkiem zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem,
* nie przekroczyło kwoty 200.000 euro otrzymanej pomocy de minimis w okresie ostatnich 3 lat (tj. w bieżącym roku budżetowym i w okresie ostatnich 2 lat budżetowych) poprzedzających dzień założenia wniosku.

………………………………………………. ……………… dnia ………………….….

(pieczęć podmiotu)

…………………………………………………..…………………..

*(czytelny podpis/-y osoby/osób reprezentującej/-ych podmiot/grupę inicjatywną)*