|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA OSÓB PRAWNYCH**  W ZWIĄZKU Z UTWORZENIEM NOWYCH MIEJSC PRACY **W NOWO TWORZONYM PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM** W RAMACH PROJEKTU  WIELKOPOLSKI OŚRODEK EKONOMII SPOŁECZNEJ | |
| **Tytuł projektu** | **Wielkopolski Ośrodek Ekonomii Społecznej** |
| **Nazwa Realizatora projektu** | **Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych w Poznaniu** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer referencyjny Formularza Rekrutacyjnego** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_/PRAWNE-NOWE/WOES/2020** |
| **Data przyjęcia Formularza** |  |
| **Czytelny podpis osoby przyjmującej**  **Formularz** |  |

***Serdecznie zapraszamy do udziału we wsparciu inkubacyjnym i dotacyjnym w związku   
z utworzeniem nowych miejsc pracy w przedsiębiorstwie społecznym!***

**Ważne informacje wstępne dla Państwa:**

* *Przyjmowane będą wyłącznie wnioski uczestników projektu WOES, uprzednio skonsultowane   
  z doradcą kluczowym WOES – w tym celu prosimy o kontakt.*
* *Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi, drukowanymi literami. Załącznik numer 1 proszę wypełnić tylko na maszynie lub komputerowo.*
* *Wnioskodawca wypełnia pola jasne.*
* *We wszystkich polach, w których występuje możliwość wyboru, należy wstawić X w jednym odpowiednim kwadracie.*
* *Wniosek należy złożyć w biurze WOES w Koninie przy ulicy 3 maja 26, 62 – 500 Konin.*
* *Wniosek złożony z naruszeniem powyższych zasad nie zostanie przyjęty, dlatego prosimy o uważne i dokładne wypełnienie formularza.*
* *Formularze, inne niezbędne dokumenty i wyjaśnienia znajdują się na stronie internetowej www.spoldzielnie.org oraz woes.pl.*
* ***Ponadto wszelkich niezbędnych informacji udziela kadra WOES pod numerem telefonu 63 245 58 29, drogą mailową:*** [***maria.lewandowska@spoldzielnie.org***](mailto:maria.lewandowska@spoldzielnie.org)***,*** [***joanna.szymczak@spoldzielnie.org***](mailto:joanna.szymczak@spoldzielnie.org)***,*** [***dawid.zbawicki@spoldzielnie.org***](mailto:dawid.zbawicki@spoldzielnie.org) ***lub osobiście w biurze WOES w Koninie przy ulicy 3 Maja 26.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O TWORZONYM PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM** | | | | | | | | | |
| **Planowana forma prawna przedsiębiorstwa społecznego** | | | | | * Spółdzielnia socjalna * Fundacja * Spółka non – profit * Inna: …………………………………………… | | | | |
| **Planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego (może być nieformalna)** | | | | |  | | | | |
| **DANE PODMIOTU WYSTĘPUJĄCEGO O WSPARCIE** | | | | | | | | | |
| **Pełna nazwa podmiotu** | | | |  | | | | | |
| **Siedziba – adres** | | | |  | | | | | |
| **Telefon kontaktowy i adres e-mail** | | | |  | | | | | |
| **Czy podmiot w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych otrzymał pomoc de minimis II?** | | | | TAK | | | |  NIE | |
| **Wartość otrzymanej pomocy de minimis II, w złotych i w euro[[1]](#footnote-1)** | | | |  | | | | | |
| **OSOBY WYDELEGOWANE PRZEZ PODMIOT DO UDZIAŁU WE WSPARCIU INKUBACYJNYM I DOTACYJNYM** | | | | | | | | | |
|  | **Imię i nazwisko** | | **Telefon** | | | | **Adres e-mail** | | |
| **1.** |  | |  | | | |  | | |
| **2.** |  | |  | | | |  | | |
| **3.** |  | |  | | | |  | | |
| **Czy podmiot utworzy przedsiębiorstwo społeczne i w ramach jego zatrudni osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?** | | | | | | | TAK | |  NIE |
| **Czy podmiot uczestniczył w innym projekcie, w ramach którego prowadzono szkolenia dot. zakładania przedsiębiorstwa społecznego,  w tym spółdzielni socjalnej? (POKL, FIO, inne)**  **Jeżeli tak, proszę podać rok, tytuł projektu i organizatora**  **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | TAK | |  NIE |
| **Informacja o osobach (w szczególności dla których zostanie utworzone miejsce pracy wsparte dofinansowaniem w ramach projektu tj. zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym), które będą zatrudnione  w nowo utworzonym przedsiębiorstwie społecznym – proszę wypełnić jeżeli instytucja na dzień składania formularza rekrutacyjnego może wymienić w/w osoby.** | | | | | | | | | |
|  | | **Imię i nazwisko** | | | | **Czy dla tej osoby zostanie utworzone miejsce pracy wsparte dofinansowaniem w ramach projektu?** [[2]](#footnote-2) | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |
|  | |  | | | | **TAK/NIE** | | | |

**Załączniki do formularza:**

1. **Krótki opis działalności nowoutworzonego przedsiębiorstwa społecznego (wspólny dla jednej inicjatywy),   
   w ramach którego zostaną utworzone miejsca pracy dla osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym, zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Rekrutacyjnego.**
2. **Karta monitoringu PES albo Karta monitoringu JST.**

|  |
| --- |
| **Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym**  **oraz oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem udzielania dotacji** na utworzenie nowego miejsca pracy w nowych lub istniejących przedsiębiorstwach społecznych bądź  w podmiotach ekonomii społecznej, wyłącznie pod warunkiem przekształcenia tych podmiotów w przedsiębiorstwo społeczne |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o wsparcie** | |

|  |
| --- |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych instytucji, którą reprezentuję podanych  w formularzu rekrutacyjnym, przez Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych z siedzibą  w Poznaniu, przy ul. Góreckiej 115/1 w celu korzystania z prowadzonej przez Stowarzyszenie usługi „Newsletter”. Dane nie będą udostępniane innym odbiorcom. Jestem świadom/świadoma przysługującego mi prawa dostępu do treści danych instytucji, którą reprezentuję oraz możliwość ich poprawiania. Ponadto jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda na przetwarzanie danych instytucji, którą reprezentuję ma charakter dobrowolny i może być wycofana w dowolnym momencie, co skutkować będzie usunięciem adresu e-mail z listy dystrybucyjnej usługi „Newsletter”. |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o wsparcie** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wypełnia Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych – WOES** | | |
| **Data rozpoczęcia udziału w części inkubacyjnej i dotacyjnej – z podaniem podstawy i podpisem** | | |
| **Rodzaj przyznanego wsparcia** | **□ wsparcie finansowe - dotacja**  **□ usługi towarzyszące, w tym:**  **□ szkolenia z zakresu zakładania, prowadzenia i rozwijania przedsiębiorstwa społecznego**  **□ doradztwo**  **□ reintegracja społeczna (szkolenia reintegracyjno - motywujące)**  **□ reintegracja zawodowa (szkolenia zawodowe wg ścieżki wsparcia)**  **□ wsparcie pomostowe finansowe** | |
| **Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie  z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:**  **□ Tak □ Nie** | | **Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia:**  ……………………………………………………………… |
| **Dodatkowe informacje:** | | |

1. Jeżeli podmiot ubiegający się o wsparcie uzyskał pomoc de minimis, zobowiązany jest po otrzymaniu pisma z zaproszeniem   
   na spotkanie z Komisja Rekrutacyjną dostarczyć oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w roku bieżącym oraz dwóch latach poprzedzających [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)