|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**  W ZWIĄZKU Z UTWORZENIEM W TYM PRZEDSIĘBIORSTWIE NOWYCH MIEJSC PRACY DLA OSÓB ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM 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** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ISTNIEJĄCE PS/WOES/2023** |
| **Data przyjęcia Formularza** | |  |
| **Czytelny podpis osoby przyjmującej**  **Formularz** | |  |

***Serdecznie zapraszamy do udziału w ścieżce inkubacji i wsparcia finansowego na utworzenie   
i utrzymanie nowego miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym!***

**Ważne informacje wstępne dla Państwa:**

* *Przyjmowane będą wyłącznie formularze 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.*
* *Formularz należy złożyć w biurze WOES w Koninie przy ulicy 3 maja 26, 62 – 500 Konin.*
* *Formularz 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, andzelika.smorawska@spoldzielnie.org, dawid.zbawicki@spoldzielnie.org, lub osobiście w biurze WOES w Koninie przy ulicy 3 Maja 26.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO WYSTĘPUJĄCEGO O WSPARCIE** | | | | | | | | | |
| **Pełna nazwa przedsiębiorstwa** | | | |  | | | | | |
| **Siedziba - adres** | | | |  | | | | | |
| **Data powstania przedsiębiorstwa społecznego (dzień wpisu do KRS lub innego rejestru)** | | | |  | | | | | |
| **Data decyzji Wojewody o wpisie do rejestru przedsiębiorstw społecznych** | | | |  | | | | | |
| **Wartość otrzymanej pomocy de minimis II, w złotych i w euro w ciągu ostatnich trzech lat kalendarzowych[[1]](#footnote-1)** | | | |  | | | | | |
| **Rodzaj prowadzonej działalności** | | | | * **Działalność odpłatna pożytku publicznego** w rozumieniu art. 8 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie * **Działalność gospodarcza** w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców * **Inna działalność o charakterze odpłatnym** | | | | | |
| **Czy przedsiębiorstwo przed złożeniem formularza rekrutacyjnego otrzymało środki w ramach KPO lub złożyło wniosek o środki w ramach KPO?**  **Jeżeli tak, proszę podać datę zatwierdzenia wniosku o środki oraz datę rozliczenia przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego (jeżeli dotyczy)** | | | | **□ TAK** | | | | **□ NIE** | |
| data złożenia wniosku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  data zatwierdzenia wniosku  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  data rozliczenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Liczba pracowników zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza **na umowę o pracę** lub spółdzielczą umowę o pracę (min. 1/4 etatu) – **ŁĄCZNIE WSZYSCY PRACOWNICY** | | | |  | | | | | |
| **Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w podmiocie** na dzień składania formularza **na umowę o pracę** lub spółdzielczą umowę o pracę (min. ½ etatu) **– OSOBY ZAGROŻONE WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM** | | | |  | | | | | |
| **Czy w okresie 12 miesięcy przed złożeniem formularza podmiot zmniejszył zatrudnienie/dokonał redukcji zatrudnienia?** | | | | **□ TAK** | **□ NIE** | | | | |
| **Wysokość obrotów za rok 2022 – w złotych** | | | |  | | | | | |
| **Przychody przedsiębiorstwa za rok 2022 – w złotych** | | | |  | | | | | |
| **Koszty przedsiębiorstwa w roku 2022 – w złotych** | | | |  | | | | | |
| **Zysk/strata za rok 2022 – w złotych** | | | |  | | | | | |
| **Sytuacja finansowa przedsiębiorstwa jest:** | | | | * **bardzo dobra** * **dobra** * **ani dobra ani zła** * **zła** * **bardzo zła** | | | | | |
| **Czy przedsiębiorstwo zalega z opłatami na ZUS?**  **Jeżeli tak – proszę podać kwotę** | | | | |  |  | | --- | --- | | **□ TAK** | **□ NIE** | | | | | | |
| **Czy przedsiębiorstwo zalega z zapłatą wynagrodzeń?**  **Jeżeli tak – proszę podać kwotę** | | | | |  |  | | --- | --- | | **□ TAK** | **□ NIE** | | | | | | |
| **Czy przedsiębiorstwo zalega z podatkami?**  **Jeżeli tak – proszę podać kwotę** | | | | |  |  | | --- | --- | | **□ TAK** | **□ NIE** | | | | | | |
| **Łączna kwota przeterminowanego zadłużenia** | | | |  | | | | | |
| **Czy podmiot jest czynnym podatnikiem VAT?** | | | | **□ TAK** | **□ NIE** | | | | |
| **OSOBY WYDELEGOWANE PRZEZ PODMIOT DO UDZIAŁU W ŚCIEŻCE INKUBACJI I WSPARCIA FINANSOWEGO NA UTWORZENIE I UTRZYMANIE NOWEGO MIEJSCA PRACY W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM** | | | | | | | | | |
|  | **Imię i nazwisko** | | **Telefon** | | | | **Adres e-mail** | | |
| **1.** |  | |  | | | |  | | |
| **2.** |  | |  | | | |  | | |
| **Czy podmiot uczestniczył w innym projekcie, w ramach którego prowadzono szkolenia dot. zakładania i prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego, w tym spółdzielni socjalnej? innym niż WOES)**  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 wykluczonych społecznie), które będą zatrudnione  w 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 rozwoju działalności przedsiębiorstwa społecznego zgodnie z załącznikiem nr 1 do Formularza Rekrutacyjnego.**

|  |
| --- |
| **Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym**  **oraz oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie nowego miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym oraz udzielania wsparcia reintegracyjnego** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu ubiegającego się o wsparcie** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | **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”. |
|  |

**Jednocześnie oświadczam, że dane przedstawione powyżej są prawdziwe.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Miejscowość, data** |  | **Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wypełnia Stowarzyszenie Na Rzecz Spółdzielni Socjalnych – WOES** | | |
| **Data rozpoczęcia udziału w ścieżce inkubacji i wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie nowego miejsca pracy w PS – z podaniem podstawy i podpisem** | | |
| **Rodzaj wsparcia w ramach ścieżki:** | **□ bezzwrotne wsparcie finansowe na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy**  **□ wsparcie reintegracyjne**  **□ usługi towarzyszące, w tym:**  **□ szkolenia z zakresu prowadzenia i rozwijania przedsiębiorstwa społecznego**  **□ doradztwo** | |
| **Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną 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/zestawienie o otrzymanej pomocy de minimis w roku bieżącym oraz dwóch latach poprzedzających [↑](#footnote-ref-1)
2. Proszę zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-2)