*Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji do wsparcia finansowego*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO WSPARCIA FINANSOWEGO DLA OSÓB PRAWNYCH**

**W ZWIĄZKU Z UTWORZENIEM NOWEGO PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

|  |
| --- |
|  |
| ***Data i czytelny podpis osoby przyjmującej formularz*** |
|  |
| ***Numer referencyjny Formularza Rekrutacyjnego*** |

**WAŻNE INFORMACJE:**

* *Należy wypełnić wszystkie niezaciemnione pola Formularza Rekrutacyjnego.*
* *W polach, w których znajduje się „*🞏”, *tj. możliwość wyboru odpowiedzi, należy wstawić „X” tylko w jednym odpowiednim kwadracie, chyba że opis pola wskazuje inaczej*

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu:** | **Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Toruniu** |
| **Nr projektu:** | **RPKP.09.04.01-04-004/16** |
| **Nazwa i numer Osi Priorytetowej:** | **9. Solidarne społeczeństwo** |
| **Nazwa i numer Działania:** | **9.4. Wzmocnienie sektora ekonomii społecznej** |
| **Nazwa i numer Poddziałania:** | **9.4.1 Rozwój podmiotów sektora ekonomii społecznej** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego** (będzie obowiązywała na etapie rekrutacji dla wszystkich osób, które będą składały wniosek w ramach jednej inicjatywy) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE PODMIOTU 1** | | | | | | | |
| **1. Pełna nazwa podmiotu/instytucji** | | |  | | | | |
| **2. NIP** | | |  | | | | |
| **3. KRS** | | |  | | | | |
| **4. Typ instytucji** | | | 🞏Podmiot działający w sferze pożytku publicznego  🞏Stowarzyszenie  🞏Fundacja  🞏Inne……………………  🞏Jednostka samorządu terytorialnego lub jednostka organizacyjna  🞏Kościelna osoba prawna  🞏Inne**,** jakie ………………………….…………………………………. | | | | |
| **6. Czy instytucja prowadzi działalność gospodarczą?** | | | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | | |
| **7. Kraj** | | | Polska | | | | |
| **8. Województwo** | | | Kujawsko-Pomorskie | | | | |
| **9. Powiat** | | | 🞏 aleksandrowski 🞏 chełmiński 🞏 lipnowski  🞏 M. Toruń 🞏 toruński | | | | |
| **10. Gmina** | | |  | | | | |
| **11. Miejscowość** | | |  | | | | |
| **12. Ulica** | | |  | | | | |
| **13. Nr budynku** | | |  | | | | |
| **14. Nr lokalu** | | |  | | | | |
| **15. Kod pocztowy** | | |  | | | | |
| **16. Telefon kontaktowy** | | |  | | | | |
| **17. Adres poczty email do kontaktu** | | |  | | | | |
| **18. Adres strony internetowej** | | |  | | | | |
| **19. Imiona i nazwiska osoby/osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu lub numer i data pełnomocnictwa** | | |  | | | | |
| 1. **OSOBY WYDELEGOWANE PRZEZ PODMIOT DO UDZIAŁU WE WSPARCIU INKUBACYJNYM I FINANSOWYM** | | | | | | | |
|  | **Imię i nazwisko** | **Telefon** | | **Adres e-mail** | | **Czy dla tej osoby zostanie utworzone miejsce pracy wsparte dofinansowaniem w ramach projektu?** | |
| **1.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **2.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **3.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **4.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **5.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **6. Czy podmiot utworzy przedsiębiorstwo społeczne i w jego ramach zatrudni osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczone społecznie jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?** | | | | |  | **□ TAK □ NIE** | |
| **7. Czy podmiot uczestniczył w innym projekcie, w ramach którego prowadzono szkolenia dot. zakładania przedsiębiorstwa społecznego, w tym spółdzielni socjalnej? (POKL, FIO, inne)** | | | | |  | **□ TAK □ NIE** | |
| **8. Jeżeli tak, proszę podać rok, tytuł projektu i organizatora**  **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­** | | | | |
| **9. Wartość obrotów osiągniętych przez przedsiębiorstwo społeczne za ostatni zamknięty rok obrachunkowy, poprzedzający udzielenie wsparcia w (PLN)**  **(za obrót należy przyjąć sumę przychodów uzyskanych przez podmiot na poziomie ustalania wyniku na działalności gospodarczej – tzn. sumy przychodów ze sprzedaży netto, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych** | | | | |  |  | |
| 1. **POMOC DE MINIMIS** | | | | | | | |
| **1. Czy kandydat/ka w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymał/-a pomoc de minimis ?** | | | | | **□ TAK** | | **□ NIE** |
| **2. Wartość otrzymanej pomocy de minimis, w złotych i w euro** | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE PODMIOTU 2** | | | | | | | |
| **1. Pełna nazwa podmiotu/instytucji** | | |  | | | | |
| **2. NIP** | | |  | | | | |
| **3. KRS** | | |  | | | | |
| **4. Typ instytucji** | | | 🞏Podmiot działający w sferze pożytku publicznego  🞏Stowarzyszenie  🞏Fundacja  🞏Inne……………………  🞏Jednostka samorządu terytorialnego lub jednostka organizacyjna  🞏Kościelna osoba prawna  🞏Inne**,** jakie ………………………….…………………………………. | | | | |
| **6. Czy instytucja prowadzi działalność gospodarczą?** | | | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | | |
| **7. Kraj** | | | Polska | | | | |
| **8. Województwo** | | | Kujawsko-Pomorskie | | | | |
| **9. Powiat** | | | 🞏 aleksandrowski 🞏 chełmiński 🞏 lipnowski  🞏 M. Toruń 🞏 toruński | | | | |
| **10. Gmina** | | |  | | | | |
| **11. Miejscowość** | | |  | | | | |
| **12. Ulica** | | |  | | | | |
| **13. Nr budynku** | | |  | | | | |
| **14. Nr lokalu** | | |  | | | | |
| **15. Kod pocztowy** | | |  | | | | |
| **16. Telefon kontaktowy** | | |  | | | | |
| **17. Adres poczty email do kontaktu** | | |  | | | | |
| **18. Adres strony internetowej** | | |  | | | | |
| **19. Imiona i nazwiska osoby/osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu lub numer i data pełnomocnictwa** | | |  | | | | |
| 1. **OSOBY WYDELEGOWANE PRZEZ PODMIOT DO UDZIAŁU WE WSPARCIU INKUBACYJNYM I FINANSOWYM** | | | | | | | |
|  | **Imię i nazwisko** | **Telefon** | | **Adres e-mail** | | **Czy dla tej osoby zostanie utworzone miejsce pracy wsparte dofinansowaniem w ramach projektu?** | |
| **1.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **2.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **3.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **4.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **5.** |  |  | |  | | **□ TAK □ NIE** | |
| **6. Czy podmiot utworzy przedsiębiorstwo społeczne i w jego ramach zatrudni osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczone społecznie jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?** | | | | |  | **□ TAK □ NIE** | |
| **7. Czy podmiot uczestniczył w innym projekcie, w ramach którego prowadzono szkolenia dot. zakładania przedsiębiorstwa społecznego, w tym spółdzielni socjalnej? (POKL, FIO, inne)** | | | | |  | **□ TAK □ NIE** | |
| **8. Jeżeli tak, proszę podać rok, tytuł projektu i organizatora**  **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­** | | | | |
| **9. Wartość obrotów osiągniętych przez przedsiębiorstwo społeczne za ostatni zamknięty rok obrachunkowy, poprzedzający udzielenie wsparcia w (PLN)**  **(za obrót należy przyjąć sumę przychodów uzyskanych przez podmiot na poziomie ustalania wyniku na działalności gospodarczej – tzn. sumy przychodów ze sprzedaży netto, pozostałych przychodów operacyjnych oraz przychodów finansowych** | | | | |  |  | |
| 1. **POMOC DE MINIMIS** | | | | | | | |
| **1. Czy kandydat/ka w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymał/-a pomoc de minimis ?** | | | | | **□ TAK** | | **□ NIE** |
| **2. Wartość otrzymanej pomocy de minimis, w złotych i w euro** | | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE NOWEGO PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO** | |
| **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 i w regionalnym planie działania na rzecz rozwoju ekonomii społecznej** | **□ TAK □ NIE** |
| **2. Miejsca pracy tworzone są dla osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek**  **(należy wpisać ile osób na ile tworzonych miejsc)** | **□ TAK □ NIE**  ………../………. |
| **3. 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 9.1. oraz 9.2.**  **(należy wpisać ile osób na ile tworzonych miejsc)** | **□ TAK □ NIE**  ………../………. |
| **4. Miejsca pracy tworzone są w obszarze gospodarki odpadami, w tym wykorzystujących doświadczenia wynikające z realizacji Projektu CERREC** | **□ TAK □ NIE** |
| **5. Miejsca pracy są tworzone dla osób bezrobotnych zakwalifikowanych do III profilu (należy wpisać ile osób na ile tworzonych miejsc)** | **□ TAK □ NIE**  ………../………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **WNIOSKOWANY ZAKRES WSPARCIA** | | |
| **1. Szkolenia (w tym wizyta studyjna) i doradztwo m.in. z zakresu zakładania i prowadzenia przedsiębiorstwa społecznego, tworzenia biznesplanu** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **2. Dotacja inwestycyjna na tworzenie miejsc pracy** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **3. Wsparcie pomostowe i usługi towarzyszące (biznesowe, księgowe, marketingowe, mentoring)** | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **4. Wizyta studyjna (spersonalizowana, po utworzeniu przedsiębiorstwa)** | **□ TAK** | **□ NIE** |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie **„Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Toruniu”** realizowanym w ramach RPO WK-P 2014-2020, Oś Priorytetowa IX, Działanie 9.4 "Wzmocnienie sektora ekonomii społecznej", Poddziałanie 9.4.1. "Rozwój podmiotów sektora ekonomii społecznej" przez Europejskie Centrum Współpracy Młodzieży w partnerstwie ze Stowarzyszeniem „TILIA” w okresie od 01.06.2016 do 31.05.2019 r.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w powyższym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w OWES, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu projektu „Ośrodek wsparcia Ekonomii Społecznej w Toruniu” (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2002r. nr 101 poz. 926 z późn. zm.).
5. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu OWES i akceptuję jego postanowienia.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Toruniu” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczna i/lub elektroniczną e-mail.
8. Oświadczam, iż **nie korzystam z innych środków publicznych na pokrycie tych samych wydatków związanych z założeniem przedsiębiorstwa społecznego,** w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków z funduszy europejskich.

**…..……………………............…………… ……………….……......………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej do**

**reprezentowania podmiotu I**

**…..……………………............…………… ……………….……......………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej do**

**reprezentowania podmiotu II**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRÓTKI OPIS DZIAŁALNOŚCI PLANOWANEJ W RAMACH PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO** | | | |
| 1. **Krótki opis działalności planowanej w ramach przedsiębiorstwa społecznego (sektor, branża, posiadane zasoby, w tym kwalifikacje i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności, planowany koszt inwestycji)** | | | |
| * + - 1. **Planowana siedziba przedsiębiorstwa społecznego *(nazwa miejscowości/gmina/powiat)*:**   ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..…..   * + - 1. **Planowany obszar działania *(konkretne gminy, powiaty, województwa i/lub kraje)*:**   ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..…..  ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..…..   * + - 1. **Dlaczego wybrano wskazany obszar działania? *(2-3 zdania)*:**   ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..…..  ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..…..  ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..…..  ………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………..….. | | | |
| 1. **Przedmiot działalności gospodarczej – krótki opis planowanej działalności z po-daniem najważniejszych oferowanych usług/towarów, produktów – z wykorzystaniem niszy rynkowej; grupy docelowej i konkurencji.** | **Sektor/ branża (rodzaj/profil działalności planowej przedsiębiorstwa społecznego wraz z jej krótkim opisem, dlaczego ten rodzaj działalności? Dlaczego w formie przedsiębiorstwa społecznego?):**  .......................................................................................................................... .........................................................................................................................  .......................................................................................................................... .........................................................................................................................  .......................................................................................................................... .........................................................................................................................  **Planowane wytwarzane produkty lub świadczone usługi:**  ..........................................................................................................................  ..........................................................................................................................  ..........................................................................................................................  ..........................................................................................................................  ..........................................................................................................................  **Grupa docelowa odbiorców usług lub towarów *(dlaczego wskazane produkty i usługi skierowano do danej grupy odbiorców?)*:**  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................   * + - 1. **Konkurencja:**   .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  ......................................................................................................................... | | |
| 1. **Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, materiały itp.), które będą wykorzystywane w planowanej działalności gospodarczej:** | .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  ......................................................................................................................... | | |
| 1. **Czy podmiot nawiązał współpracę z jednostkami samorządu terytorialnego, organizacją pozarządową lub przedsiębiorstwem w szerokim zakresie np. lokal, sprzęt, odbiór usług, zabezpieczenie dotacji itp., należy załączyć listy intencyjne, umowy o współpracy)** | .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  .........................................................................................................................  ......................................................................................................................... | | |
| 1. **Ogólny planowany koszt inwestycji:** | ………………………………………………….. PLN | | |
| 1. **Wydatki planowane w ramach przedsiębiorstwa społecznego:** | | | |
| **1. Rodzaj wydatku** | | **2. Wykorzystanie w działalności** | **3. Szacunkowa wartość** |
|  | |  |  |

Do Formularza rekrutacyjnego do wsparcia finansowego dla osób prawnych wymagane jest złożenie Załącznika nr 5 do Regulaminu Rekrutacji do wsparcia finansowego – Formularza osoby oddelegowanej do udziału w projekcie/planowanej do zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym

*(należy wypełnić tyle formularzy ile osób zostanie oddelegowanych do udziału w projekcie).*