

Załącznik nr 1c do Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ

dla Grup Inicjatywnych
(zakładających przedsiębiorstwo społeczne osób prawnych)

Numer referencyjny formularza zgłoszeniowego
Data i godzina przyjęcia formularza:	
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz:	

S K Ł A D G R U P Y :		
/w tym miejscu należy wykazać pełen skład Grupy, czyli podmioty dążące do założenia przedsiębiorstwa społecznego		
L P .	P E Ł N A N A Z W A O S O B Y P R A W N E J	İ M İ Ę I N A Z W İ S K O P R Z E D S T A W I C I E Ł A P O D M I O T U
1 .		
2 .		
3 .		

CZĘŚĆ I. INFORMACJE O OSOBACH PRAWNYCH TWORZĄCYCH GRUPĘ INICJATYWĄ

1	Pełna nazwa osoby prawnej:		
2	Forma organizacyjno-prawna (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)		<input type="checkbox"/> Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> Fundacja <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Kościelna osoba prawna
3	NIP		
4	REGON		
5	Adres do korespondencji:		
	Telefon:		
	Adres poczty elektronicznej:		
6	Dane osoby oddelegowanej przez organizację/instytucję w sprawach zw. z rejestracją przedsiębiorstwa społecznego	Imię i nazwisko	
Telefon			
Adres poczty elektronicznej			
7	Dane kontaktowe osoby/osób uprawnionych do reprezentacji osoby prawnej	Imię i nazwisko	
Adres poczty elektronicznej			
Telefon			
8	Czy osoba prawna założy przedsiębiorstwo społeczne jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu? (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

1	Pełna nazwa osoby prawnej:		
2	Forma organizacyjno-prawna (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)		<input type="checkbox"/> Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> Fundacja <input type="checkbox"/> Jednostka samorządu terytorialnego <input type="checkbox"/> Kościelna osoba prawna
3	NIP		
4	REGON		
5	Adres do korespondencji:		
	Telefon:		
	Adres poczty elektronicznej:		
6	Dane osoby oddelegowanej przez organizację/instytucję w sprawach zw. z rejestracją przedsiębiorstwa społecznego	Imię i nazwisko	
		Telefon	
		Adres poczty elektronicznej	
7	Dane kontaktowe osoby/osób uprawnionych do reprezentacji osoby prawnej	Imię i nazwisko	
		Adres poczty elektronicznej	
		Telefon	
8	Czy osoba prawna założy spółdzielnię socjalną, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu? (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Jeśli przedsiębiorstwo tworzone jest przez więcej niż dwa podmioty prosimy o skopiowanie Tabeli powyżej i jej stosowne wypełnienie.

CZĘŚĆ II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KANDYDATÓW DO ZATRUDNIENIA

Lp.	Kategoria	liczba
Ogółem liczba planowanych pracowników w przedsiębiorstwie społecznym (osób zamieszkałych na terenie subregionu olsztyńskiego woj. warmińsko-mazurskiego, w tym:		
1.	osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	
2.	osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP jako III profil - kategoria dodatkowo punktowana	
3.	osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych	
4.	osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - kategoria dodatkowo punktowana	
5.	osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi - kategoria dodatkowo punktowana	
6.	osoba z niepełnosprawnością intelektualną - kategoria dodatkowo punktowana	
7.	osoba z zaburzeniami psychicznymi - kategoria dodatkowo punktowana	
8.	osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	
9.	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
10.	osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,	
11.	osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,	
12.	osoba zwolniona z zakładu karnego mające trudności w integracji ze środowiskiem w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	
13.	uchodźca realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	
14.	osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego	

15.	osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych	
16.	osoba nieletnia, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości	
17.	osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii	
18.	osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością	
19.	osoba niesamodzielna	
20.	osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - kategoria dodatkowo punktowana	
21.	osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego - kategoria dodatkowo punktowana	
22.	osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 - kategoria dodatkowo punktowana	
23.	osoba, która skorzystała z projektów w ramach Działania 11.1 SzOOP RPO WIM 2014-2020, a których ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia w ramach Działania 11.3.1 - kategoria dodatkowo punktowana	

Oświadczmy, że dane osób planowanych do zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym, zostaną podane najpóźniej do momentu złożenia wniosku o udzielenie dotacji.

.....
(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji ze
strony obu podmiotów prawnych tworzących spółdzielnię

CZĘŚĆ III. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO

Planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego	
Planowany adres siedziby przedsiębiorstwa społecznego – jeśli istnieje	
Działalność przedsiębiorstwa: (Można zaznaczyć więcej niż jedną)	<input type="checkbox"/> handel <input type="checkbox"/> usługi <input type="checkbox"/> produkcja
Osoba reprezentująca grupę inicjatywną: (Proszę o wskazanie osoby, która będzie odpowiedzialna za bieżące kontakty związane z procedurą zgłoszeniową)	
Adres do korespondencji: (Proszę wskazać jeden adres na który będzie kierowana korespondencja związana z rekrutacją)	
Telefon: (Proszę wskazać min. 1 numer telefonu osoby do kontaktu, który będzie dostępny w czasie rekrutacji)	
Adres poczty elektronicznej: (Proszę o wpisanie min 1 adresu osoby do kontaktu)	
Czy grupa inicjatywna założy przedsiębiorstwo społeczne, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu? (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Planowany termin uruchomienia przedsiębiorstwa społecznego:	
Proszę opisać czym będzie zajmowało się przedsiębiorstwo społeczne. Proszę o wskazanie: <ol style="list-style-type: none"> 1. obszaru działalności 2. charakterystyki produktów/usług 3. cech wyróżniających dla 	

<p>produktu lub usługi</p> <p>4. uzasadnienie wyboru branży</p> <p>5. miejsce siedziby spółdzielni (lokal własny lub wynajmowany)</p> <p>6. kto będzie zarządzał przedsiębiorstwem społecznym</p> <p>7. czy konieczne będzie zdobycie kwalifikacji przez uczestników projektu</p>	
<p>Czy działalność przedsiębiorstwa społecznego jest spójna z preferowanymi branżami w konkursie? Którymi?</p>	<p><input type="checkbox"/> zrównoważony rozwój</p> <p><input type="checkbox"/> solidarność pokoleń</p> <p><input type="checkbox"/> polityka rodzinna</p> <p><input type="checkbox"/> turystyka społeczna</p> <p><input type="checkbox"/> budownictwo społeczne</p> <p><input type="checkbox"/> lokalne produkty kulturowe</p> <p><input type="checkbox"/> branże w kierunkach rozwoju określonych w Strategii Rozwoju Województwa i w Wojewódzkim Programie Rozwoju Ekonomii Społecznej, <i>jeśli tak to które.....</i></p> <p><input type="checkbox"/> rodzaj prowadzonej działalności jest jedną z nisz rynkowych w danej gminie, wynikającą z badania nisz rynkowych przeprowadzonych przez OWES, <i>jeśli tak z którą</i></p>
<p>Planowana wnioskowana kwota dotacji</p>	<p>Razem na Grupę Inicjatywną:</p>
<p>Na co planowane jest przeznaczenie środków z dotacji</p>	<p><input type="checkbox"/> wartości niematerialne i prawne (np. oprogramowanie)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> aktywa trwałe (np. urządzenia ,meble, komputery, samochód itp.)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> koszty prac remontowych i budowlanych</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> środki obrotowe (środki podlegające dalszej odsprzedaży).</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie)</p>
<p>Czy dysponują Państwo środkami własnymi na rozpoczęcie działalności przedsiębiorstwa społecznego?</p>	<p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> tak, w jakiej wysokości</p> <p><input type="checkbox"/> nie będą potrzebne</p>



Za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą grozi odpowiedzialność w drodze powództwa cywilnego.

1. Oświadczamy, że dane podane w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe tj. zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczamy, iż Zapoznaliśmy się z Regulaminem Projektu i akceptujemy jego warunki.
3. Zobowiązujemy się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.
4. Zostaliśmy poinformowani, że projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Podpisy przedstawicieli osób prawnych tworzących przedsiębiorstwo społeczne

Osoba nr 1

Osoba nr 3

Osoba nr 2



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WARMIA I AZORKA Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

