

Załącznik nr 1a do Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ**

**dla Grup Inicjatywnych**  
(zakładających przedsiębiorstwo społeczne osób fizycznych)

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

| SKŁAD GRUPY:  |                 |                                  |
|---|-----------------|----------------------------------|
| (w tym miejscu należy wykazać pełen skład Grupy bez względu na fakt, czy dana osoba wnioskuje o przyznanie dotacji czy nie) |                 |                                  |
| LP.   | IMIĘ I NAZWISKO | WNIOSKOWANA DOTACJA<br>TAK / NIE |
| 1.  |                 |                                  |
| 2.  |                 |                                  |
| 3.  |                 |                                  |
| 4.  |                 |                                  |
| 5.  |                 |                                  |
| 6.  |                 |                                  |

## CZĘŚĆ I. PODSUMOWANIE DANYCH O CZŁONKACH GRUPY INICJATYWNEJ

| WYKSZTAŁCENIE  |   |                 |                 |                 |                 |                 |
|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>*Numery osób zgodna z Częścią I Formularza zgłoszeniowego</b>   |   |                 |                 |                 |                 |                 |
| Poziom wykształcenia   |   |                 |                 |                 |                 |                 |
| (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)  |   |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>1 Osoba*</b>  | <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>2 Osoba*</b>  | <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>3 Osoba*</b>  | <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>4 Osoba*</b>  | <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>5 Osoba*</b>  | <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>6 Osoba*</b>  | <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> średnie zawodowe<br><input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>Spójność posiadanego <u>wykształcenia</u> z planowaną funkcją w przedsiębiorstwie społecznym</b><br><br><b>UWAGA!</b> wykształcenie jest zgodne, jeżeli np. uczestnik planuje założyć przedsiębiorstwo społeczne w zakresie ogólnobudowlanym i skończył szkołę budowlaną, wykształcenie nie jest zgodne, jeżeli np. uczestnik planuje założyć przedsiębiorstwo ogólnobudowlane i skończył szkołę rolniczą |   |                 |                 |                 |                 |                 |
| Proszę wpisać TAK jeżeli wykształcenie jest spójne lub NIE kiedy wykształcenie nie jest spójne.  | <b>1 Osoba*</b>   | <b>2 Osoba*</b> | <b>3 Osoba*</b> | <b>4 Osoba*</b> | <b>5 Osoba*</b> | <b>6 Osoba*</b> |
|  |   |                 |                 |                 |                 |                 |
| <b>Spójność posiadanego <u>doświadczenia</u> z planowaną funkcją w przedsiębiorstwie społecznym</b><br><br><b>UWAGA!</b> Doświadczenie jest zgodne jeżeli np. uczestnik planuje pełnić funkcję księgową i pracował np. <u>min. 6 miesięcy</u> na stanowisku księgowej; nie jest zgodne jeżeli np. pracował na stanowisku sprzedawcy  |   |                 |                 |                 |                 |                 |



|   |          |          |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Proszę wpisać TAK jeżeli doświadczenie jest spójne lub NIE kiedy doświadczenie nie jest spójne.   | 1 Osoba* | 2 Osoba* | 3 Osoba* | 4 Osoba* | 5 Osoba* | 6 Osoba* |
|   |          |          |          |          |          |          |
| <b>STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO FUNDUSZU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ</b>   |          |          |          |          |          |          |
| Status na rynku pracy każdej z osób w momencie składania dokumentów zgłoszeniowych (proszę wpisać liczby od 1 do 24 zgodnie z poniższym oznaczeniem)  | 1 Osoba* | 2 Osoba* | 3 Osoba* | 4 Osoba* | 5 Osoba* | 6 Osoba* |
|   |          |          |          |          |          |          |
| <p>Uczestnik projektu - osoba fizyczna należąca do jednej z poniższych kategorii</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy</li> <li>osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP jako III profil*</li> <li>osoba niepełnosprawna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych</li> <li>osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności*</li> <li>osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi*</li> <li>osoba z niepełnosprawnością intelektualną*</li> <li>osoba z zaburzeniami psychicznymi*</li> <li>osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</li> <li>osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</li> <li>osoba uzależniona od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,</li> <li>osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,</li> <li>osoba zwolniona z zakładu karnego mające trudności w integracji ze środowiskiem w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li> <li>uchodźca realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</li> <li>osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego</li> <li>osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełni eniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</li> <li>osoba nieletnia, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości</li> <li>osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii</li> <li>osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością</li> <li>osoba niesamodzielna</li> <li>osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa*</li> <li>osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego*</li> <li>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*</li> <li>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*</li> </ol> |          |          |          |          |          |          |



Członek grupy Inicjatywnej:

24. osoba fizyczna niebędąca uczestnikiem projektu spełniająca kryteria art. 4 ustawy o spółdzielniach socjalnych będąca współzałożycielem grupy inicjatywnej.

\* kategoria dodatkowo punktowana

**UZYSKANE DOTACJE LUB INNA POMOC PUBLICZNA**

**Dotyczy osób które w przeszłości prowadziły działalność gospodarczą i uzyskały środki z Unii Europejskiej na ten cel**

☐ dotyczy      ☐ nie dotyczy

|   | 1 Osoba* | 2 Osoba* | 3 Osoba* | 4 Osoba* | 5 Osoba* | 6 Osoba* |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| W ramach środków przyznanych na podjęcie działalności gospodarczej    |          |          |          |          |          |          |
| Jeśli dotyczy – podać kwotę i cel pomocy oraz datę otrzymania środków |          |          |          |          |          |          |

**CZĘŚĆ II. DANE DOTYCZĄCE TWORZONEGO PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

|   |  |
|---|--|
| <b>Planowana nazwa przedsiębiorstwa społecznego</b>   |  |
| <b>Planowany adres siedziby przedsiębiorstwa społecznego, – jeśli istnieje</b>  |  |
| <b>Działalność przedsiębiorstwa:</b><br>(Można zaznaczyć więcej niż jedną)  | <input type="checkbox"/> handel<br><input type="checkbox"/> usługi<br><input type="checkbox"/> produkcja |
| <b>Osoba reprezentująca grupę inicjatywną:</b><br>(Proszę o wskazanie osoby, która będzie odpowiedzialna za bieżące kontakty związane z procedurą rekrutacyjną) |  |
| <b>Adres do korespondencji:</b><br>(Proszę wskazać jeden adres, na który  |  |



|  |  |
|--|--|
| będzie kierowana korespondencja związana z rekrutacją)   |  |
| <b>Telefon:</b><br>(Proszę wskazać min. 1 numer telefonu osoby do kontaktu, który będzie dostępny w czasie rekrutacji)   |  |
| <b>Adres poczty elektronicznej:</b><br>( Proszę o wpisanie min 1 adresu osoby do kontaktu)   |  |
| <b>Czy grupa inicjatywna założy przedsiębiorstwo społeczne, jeżeli nie otrzyma wsparcia finansowego w ramach projektu?</b><br>(proszę wstawić „X” we właściwej komórce)  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie   |
| <b>Planowany termin uruchomienia przedsiębiorstwa społecznego:</b>   |  |
| <b>Proszę opisać czym będzie zajmowało się przedsiębiorstwo społeczne.</b><br><br><b>Proszę o wskazanie:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. obszaru działalności</li> <li>2. charakterystyki produktów/usług</li> <li>3. cech wyróżniających dla produktu lub usługi</li> <li>4. uzasadnienie wyboru branży</li> <li>5. miejsce siedziby przedsiębiorstwa społecznego (lokal własny lub wynajmowany)</li> <li>6. kto będzie zarządzał przedsiębiorstwem społecznym</li> <li>7. czy konieczne będzie zdobycie kwalifikacji przez uczestników projektu</li> </ol> |  |
| <b>Czy działalność przedsiębiorstwa społecznego jest spójna z preferowanymi branżami w</b>   | <input type="checkbox"/> zrównoważony rozwój<br><input type="checkbox"/> solidarność pokoleń<br><input type="checkbox"/> polityka rodzinna |





|  |   |
|--|---|
| <b>konkursie? Którymi?</b>   | <input type="checkbox"/> turystyka społeczna<br><input type="checkbox"/> budownictwo społeczne<br><input type="checkbox"/> lokalne produkty kulturowe<br><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><br><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> |
| <b>Planowana wnioskowana kwota dotacji</b>   | Osoba nr 1 .....<br><br>Osoba nr 2 .....<br><br>Osoba nr 3 .....<br><br>Osoba nr 4 .....<br><br>Osoba nr 5 .....<br><br>Osoba nr 6 .....<br><br>Razem na Grupę Inicjatywną: .....   |
| <b>Na co planowane jest przeznaczenie środków z dotacji</b>  | <input type="checkbox"/> wartości niematerialne i prawne (np. oprogramowanie)<br><br>.....<br><br><input type="checkbox"/> aktywa trwałe (np. urządzenia ,meble, komputery, samochód itp.)<br><br>.....<br><br><input type="checkbox"/> koszty prac remontowych i budowlanych<br><br>.....<br><br><input type="checkbox"/> środki obrotowe (środki podlegające dalszej odsprzedaży).<br><br>.....<br><br><input type="checkbox"/> inne (jakie) .....  |
| <b>Czy dysponują Państwo środkami własnymi na rozpoczęcie działalności przedsiębiorstwa społecznego?</b> | <input type="checkbox"/> nie<br><br><input type="checkbox"/> tak, w jakiej wysokości .....<br><br><input type="checkbox"/> nie będą potrzebne   |





**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:**

**Osoba nr 1** .....

**Osoba nr 2** .....

**Osoba nr 3** .....

**Osoba nr 4** .....

**Osoba nr 5** .....

**Osoba nr 6** .....



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**WARMIA I AZORKA** Zdrowe życie, czysty zysk

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

