|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ** **W ZWIĄZKU Z PRZEKSZTAŁCENIEM W NOWE PRZEDSIĘBIORSTWO SPOŁECZNE** I UTWORZENIEM W TYM PRZEDSIĘBIORSTWIE NOWYCH MIEJSC PRACYW 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** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_/PES W 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******,*** ***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 PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ WYSTĘPUJĄCEGO O WSPARCIE** |
| **Pełna nazwa podmiotu** |  |
| **Siedziba - adres** |  |
| **Data powstania podmiotu (wpis do KRS lub innego rejestru)** |  |
| **Czy podmiot prowadzi działalność odpłatną pożytku publicznego, działalność gospodarczą, inną działalność o charakterze odpłatnym** | **□ TAK □ NIE**  |
| **Wartość otrzymanej pomocy de minimis II, w złotych i w euro[[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 zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza **na umowę o pracę** lub spółdzielczą umowę o pracę (min. 1/4 etatu) **– OSOBY ZAGROŻONE WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM** |  |
| **Liczba osób zatrudnionych w podmiocie** na dzień składania formularza na podstawie **umowy cywilnoprawnej** – dłuższej niż 3 miesiące (min. 120 godzin pracy łącznie przez wszystkie miesiące)**ŁĄCZNIE WSZYSCY PRACOWNICY** |  |
| **Liczba osób zagrożonych wykluczeniem społecznym w podmiocie** na dzień składania formularza na podstawie **umowy cywilnoprawnej** – dłuższej niż 3 miesiące (min. 120 godzin pracy łącznie przez wszystkie miesiące)**– 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 podmiotu za rok 2022 – w złotych** |  |
| **Koszty podmiotu w roku 2022 – w złotych** |  |
| **Zysk (nadwyżka bilansowa) /strata za rok 2022 – w złotych** |  |
| **Sytuacja finansowa podmiotu jest:** | * **bardzo dobra**
* **dobra**
* **ani dobra ani zła**
* **zła**
* **bardzo zła**
 |
| **Czy podmiot zalega z opłatami na ZUS?****Jeżeli tak – proszę podać kwotę** |  **□ TAK □ NIE** |
| **Czy podmiot zalega z zapłatą wynagrodzeń?****Jeżeli tak – proszę podać kwotę** |  **□ TAK □ NIE** |
| **Czy podmiot 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 PS** |
|  | **Imię i nazwisko** | **Telefon** | **Adres e-mail** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **Czy podmiot uczestniczył w innym projekcie, w ramach którego prowadzono szkolenia dot. zakładania 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 wykluczeniem społecznym), 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 działalności podmiotu ekonomii społecznej po przekształceniu w przedsiębiorstwo społeczne,
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**  |

 |

|  |
| --- |
| 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**  |

 |

**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 przyznanego wsparcia**  | **□ 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)