

Podpis osoby przyjmującej formularz

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ
W RAMACH PROJEKTU OŚRODEK WSPARCIA EKONOMII SPOŁECZNEJ
pn. „Rozwój Ekonomii Społecznej”**

Tytuł projektu	Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej „Rozwój Ekonomii Społecznej
Nr. Projektu	RPPD.07.03.00-20-0010/16
Nazwa i nr Osi priorytetowej:	Oś Priorytetowa VII: Poprawa spójności społecznej,
Nazwa i nr Działania	Działanie 7.3 Wzmocnienie roli ekonomii społecznej w rozwoju społeczno-gospodarczym województwa podlaskiego
Priorytet inwestycyjny	9.5 wspieranie przedsiębiorczości społecznej i integracji zawodowej w przedsiębiorstwach społecznych oraz ekonomii społecznej i solidarnej w celu ułatwienia dostępu do zatrudnienia
WNIOSKOWANE WSPARCIE W PROJEKCIE	
<input checked="" type="checkbox"/> Szkolenie ogólne z zakładania i prowadzenia podmiotu ekonomii społecznej <input checked="" type="checkbox"/> Doradztwo grupowe z zakładania i prowadzenia podmiotu ekonomii społecznej	

I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU- INDYWIDUALNI I PRACOWNICY INSTYTUCJI			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
PESEL			
Płeć	<input checked="" type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ISCED 0 - niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ISCED 1 - wykształcenie PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> ISCED 2 - wykształcenie GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 3 - wykształcenie PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 4 - wykształcenie POLICEALNE <input type="checkbox"/> ISCED 5 – studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) <input type="checkbox"/> ISCED 6 – studia licencjackie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 7 – studia magisterskie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 8 – studia doktoranckie lub ich odpowiedniki		
Kraj	Polska	Województwo	Podlaskie
Powiat	<input checked="" type="checkbox"/> m. Łomża <input checked="" type="checkbox"/> zambrowski <input checked="" type="checkbox"/> wysoko mazowiecki <input checked="" type="checkbox"/> grajewski <input type="checkbox"/> łomżyński <input type="checkbox"/> kolneński <input type="checkbox"/> zambrowski		



Gmina		Miejscowość	
Ulica		Nr. Budynku	Nr. Lokalu
Kod Pocztowy			
Tel. Kontaktowy (OBLIGATORYJNIE)		e-mail	
Obszar wg stopnia urbanizacji (wypełnia organizator)	<input type="checkbox"/> obszary słabo zaludnione <input type="checkbox"/> tereny pośrednie <input type="checkbox"/> tereny gęsto zaludnione		


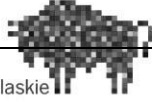
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
1. Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w PUP, w tym osoba posiadająca: <input type="checkbox"/> I profil pomocy <input type="checkbox"/> II profil pomocy <input type="checkbox"/> III profil pomocy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna
2. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się, <input type="checkbox"/> osoba nieucząca się, <input type="checkbox"/> inne
3. Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek (os. fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne

Oświadczam, że jestem:

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU	
Osobą należącą do mniejszości narodowych lub etnicznych, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. <i>przebywająca w schroniskach, noclegowniach, mająca niepewny najem z nakazem eksmisji</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą z niepełnosprawnością (<u>należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia</u>)	<input type="checkbox"/> TAK (jeżeli TAK- proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności) <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> NIE



Osobą przebywającą w gospodarstwie bez osób pracujących - w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (<i>dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem</i>)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, innej niż wymienionej powyżej np. a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (<i>i jest w wieku pozaszkolnym</i>); b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego;	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli TAK- zakreślić odpowiednie obok Inne? Jakie?..... <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na podstawie co najmniej jednej z przesłanek, tj.:	<input checked="" type="checkbox"/> TAK (<u>proszę zaznaczyć odpowiednie poniżej</u>): <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej;

	<input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych <input checked="" type="checkbox"/> NIE
<p>Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13. 06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.</p>	<input checked="" type="checkbox"/> TAK (<u>proszę zaznaczyć odpowiednie poniżej</u>): <input type="checkbox"/> osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> osoba uzależniona od alkoholu <input type="checkbox"/> osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających <input type="checkbox"/> osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy <input type="checkbox"/> osoba zwalniana z zakładów karnych, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych <input checked="" type="checkbox"/> NIE
<p>Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą, z rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej</p>	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
<p>Osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania zgodnie z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich</p>	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
<p>Osobą z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością</p>	<input checked="" type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE
<p>Osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii</p>	<input checked="" type="checkbox"/> TAK siebiorzalozna.pl <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>



Osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Uczestnikiem projektów realizowanych w ramach projektów 7.1 i/lub 7.2 RPO WP 2014+	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis uczestnika

OPIS PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

OPIS	Proszę opisać planowane działania w sektorze ekonomii społecznej – przedstawić przejrzysty, kompletny i zrozumiały opis planowanej działalności (opis pomysłu, wykorzystanie niszy rynkowej, potencjału organizacyjnego, kadrowego, opis klientów, rynku lokalnego, szanse przetrwania
------	--

	Opis stworzony wraz z Kluczowym Doradcą
Opis	
Podpis Kluczowego Doradcy:	

Oświadczam, że:

1. Wszelkie informacje podane w Formularzu Rekrutacyjnym są prawdziwe. W przypadku zakwalifikowania do korzystania ze wsparcia, zobowiązuje się do aktualizacji danych oraz dostarczenia wszelkich niezbędnych dokumentów do podpisania umowy.
2. Wszystkie informacje podane w Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym, jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń nie zgodnych ze prawdą.
3. Zapoznałem się z Regulaminem OWES oraz Regulaminem Uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego treść bez zastrzeżeń.
4. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym **oświadczam, że:** zgodnie z założeniami projektu pn. „Rozwój Ekonomii Społecznej” realizowanym przez Stowarzyszenie Europartner Akademicki Klub Integracji Europejskiej oraz Partnerów Projektu Powiat Zambrowski i Powiat Kolneński, w przypadku założenia Podmiotu Ekonomii Społecznej/ Przedsiębiorstwa Społecznego instytucja będzie miała siedzibę na terenie Subregionu Łomżyńskiego zgodnie z Kodeksem Cywilnym.

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis uczestnika

*Zgodnie z założeniami projektu każdy uczestnik składający Formularz Rekrutacyjny jest zobowiązany do potwierdzenia swojego statusu odpowiednim zaświadczeniem lub oświadczeniem zgodnie z tabelą kwalifikowalności wskazaną w Regulaminie Projektu



www.przedsiębiorczalomza.pl

